Patrick Casement

ÎNVAŢAND DE LA PACIENT

VOL. 1.

PRINCIPII FUNDAMENTALE

Coautor A. H. Williams

Editor F. V. Vladescu

Tradusă de C. Dragolea, M. Dragolea, F. V. Vladescu

Editor S. Freud Romanian Translation & *Publication Fund, încorporated, 1996*

ISBN 188388120X, 9781883881207

În ÎNVĂŢÂND DE LA PACIENT, Patrick Casement încearcă să transforme potenţialul gândirii psihanalitice într-un proces care să se perpetueze de la sine. El explorează novator dinamica relaţiei de apărare – învăţând să recunoască modul în care pacienţii furnizează indicii pentru experienţa terapeutică pe care o caută inconştient. Folosind exemple clinice grăitoare, autorul demonstrează cum a învăţat să controleze, prin identificarea trăirii, implicaţiile propriilor contribuţii la o şedinţă

din perspectiva pacientului. El arată cum se pot explica şi preveni, cu ajutorul supervizării interne, multe eşecuri iniţiale de a răspunde corespunzător, ajungând chiar să fie folosite benefic în munca terapeutică.

Învăţând să distingă mai bine ceea ce ajută procesul terapeutic de ceea ce-l împiedică, cei ce vor să înţeleagă inconştientul altora descoperă căi mai eficiente de a evita preconcepţiile. Din această examinare plină de vervă a problemelor clinice cheie, autorul ajunge să conceptualizeze terapia psihanalitică drept un proces de redescoperire a teoriei – şi să dezvolte o tehnică mai specific legată de fiecare pacient.

Dinamica ilustrată aici, mai ales procesele de comunicare interactivă şi de control apar în orice relaţie de ajutoraie şi se pot aplica în orice profesiune de asistenţă socială. Prin prezentarea neobişnuit de deschisă a propriei activităţi, susţinută de un limbaj lucid şi fără prea mulţi termeni tehnici, Patrick Casement permite cititorului de rând să-şi formeze propriile opinii asupra abordării tehnice descrise. Pentru studenţi şi analişti sau terapeuţi practicanţi, precum şi pentru activitatea didactică legată de profesiunile înrudite, această carte se va dovedi extrem de valoroasă.

„Este un manual excelent. Este plăcut la lectură şi

comunică concepte complexe într-o manieră accesibilă şi uşor de citit”.

Internaţional Journal of Psycho-Analysis

„Cartea aceasta oferă câteva perspective impresionante asupra tehnicii analitice în acţiune. Eliberată de jargon, cartea este accesibilă tuturor”.

The Economist

„Medicii, în special generaliştii, sunt deseori învinuiţi că nu ascultă sau nu comunică corespunzător cu pacienţii… Cartea lui Patrick Casement ar putea servi ca explicaţie şi exemplu al dialogului dinamic”.

The Lancet

PATRICK CASEMENT este membru al Societăţii Britanice de Psihanaliză şi al Asociaţiei Britanice a Psihoterapeuţilor. A activat înainte ca lucrător social, iar în prezent este psihanalist în practica particulară. El este autorul mai multor articole şi al volumului intitulat *Spaţiul şi procesul analitic* (Routledge, 1990), care constituie partea a doua a manualului de faţă.

ISBN L-2D – X

90000

BIBLIOTECA PSIHANALITICĂ
9781883 881207

PATRICK CASEMENT
Învăţând DE LA PACIENT
PRINCIPII FUNDAMENTALE
Cuvânt înainte de dr. ARTHUR HYATT WILLIAMS

BIBLIOTECA PSIHANALITICA
Editor – FLORIN V. VLĂDESCU (Binghamton, USA)
Editor asociat – eugen pa vei (Cluj, România)

BIBLIOTECA PSIHANALITICĂ publică lucrări originale şi traduceri pe teme de istorie, teorie, tehnică, pregătire şi practică psihanalitică

Au apărut:

W. R. Bion. *Gânduri secunde* W. R. Bion, *Seminarii braziliene* P. Casement, *învăţând de la pacient. Principii fundamentale* (voi. I) R. H. Etchegoyen, *Bazele tehnicii*

psihanalitice S. Freud, *Scrisori către Eduard Silberstein. 187I-I88I* R. D. Hinshekvood, *Dicţionarul psihanalizei kleiniene* L. J. Lamm, *Ideea de trecut* M. Klein, *Iubire, vinovăţie, reparaţie* (Scrieri, 1)

M. Klein, *Povestea unei analize de copil* (Scrieri, IV)

r. H. Ogden, *Limitele primitive ale experienţei* A. Samuels, B. Shorter, F. Plaut, *Dicţionar critic al psihologiei analitice jungiene*

În curs de apariţie;

A. Bourguignon, P. Colet,.1. Laplanche, F. Robert, *Traducându-l pe Freud* 1\ Casement, *învăţând de la pacient. Spaţiul ţi procesul analitic* (voi. 2) M. Klein, *Psihanaliza copiilor* (Scrieri, II)

M. Klein, *Iubire şi recunoştinţă* (Scrieri, III)

COLECŢIA TEXTE FUNDAMENTALE COMENTATE – PSIHANALIZĂ

În curs de apariţie:

S. Hofman, *O meserie imposibilă. Lectură a CONSTRUCŢIILOR ÎN ANALIZĂ de Sigmund Freud* F. V. Vlădescu (Ed.), *Freud şi Irma. Reinterpretări contemporane ale visului fondator al psihanalizei*

PATRICK CASEMENT

ÎNVĂŢÂND DE LA PACIENT

1. PRINCIPII FUNDAMENTALE

Cuvânt înainte de dr. *Arthur Hyatt Williams*

Traducere de *Cristina Dragoka*, *Mihai Draoiea* şi *Fiorin V. Vlădescu*

Ediţie îngrijită de *Florin V. Vlădescu est*

BINGHAMTON & CLUJ

Traducere după *Ltarrying Jrom the Patintt. Fundamental Principles*, de Patrick Casement. Volum publicat iniţial de Editura Tavistock Publications, Londra, 1985.

Ilustraţia de pe copertă; *Platou încrustat pe margine* de Barbara Lepak.

Casement, Patrick, *învăţând de la pacient. Principii fundamentale* (voi. 1) Traducere de C. Dragolea, M. Dragolea şi F. V. Vlădescu Editor: Florin V. Vlădescu Lector; Dora Pavel Ediţia I – 1996

I. Terapeut şi pacient. 2. Psihanaliză. 3. Psihoterapie I. Casement, Patrick.

II. Titlu.

ISBN 1 – 883881 – 20 – X

CUPRINS

CUVÂNT înainte

Această carte are multe de oferit analiştilor şi terapeuţilor (fie studenţi sau practicanţi cu experienţă) şi multor altora dinafară, aşa cum sunt medicii, cei care lucrează în asistenţa socială, consilierii şi toţi cei care doresc să cunoască mai mult despre psihodinamica relaţiei de ajutor.

Când mi s-a cerut să scriu acest cuvânt înainte am fost fericit să îndeplinesc această sarcină, amintindu-mi cât de interesantă şi eficientă a fost o prezentare clinică mai veche a autorului, în care el a inclus detalii asupra muncii sale de supervizare internă. Acea prezentare, acum inclusă în volum în capitolul cinci, a fost embrionul din care s-a dezvoltat cartea d-lui Casement.

Supervizarea internă este un proces de autorevizuire în timpul şedinţei. Autorul descrie şi demonstrează valoarea procesului menţionat în mai multe feluri: pentru monitorizarea procesului terapeutic, pentru ajutorul în a recunoaşte cum îl percepe pacientul pe terapeut, pentru anticiparea implicaţiilor diverselor intervenţii ale terapeutului şi pentru urmărirea consecinţelor acestora. Apoi, el dă exemple de folosire a acestui ajutor al ascultării analitice pentru a clarifica o gamă largă de probleme tehnice şi clinice, pentru a ajuta la înţelegerea şi folosirea lor.

Cartea cuprinde o varietate de ilustrări clinice, inclusiv câteva secvenţe clinice remarcabile, toate acestea fiind o sursă inestimabilă pentru învăţarea şi predarea psihoterapiei şi pentru oricine este implicat în munca psihodinamică cu persoane având tulburări ce necesită acest ajutor. Autorul a inclus şi exemple de învăţare din greşeli, mai ales din cele ale lui însuşi. Când se comite o greşeală, aceasta poate fi reanalizată de psihanalist în scopul remontării oricând realizabile. Punctul cardinal de urmărit în situaţiile psihanalitice este, întotdeauna şi pe tot parcursul, acest proces de supervizare internă.

Am fost impresionat de modul în care autorul s-a confruntat cu propriile greşeli şi rătăciri pe timpul acestei

supervizări interne. Calităţile necesare pentru împlinirea unei asemenea analize lăuntrice sunt curajul de a-ţi recunoaşte eşecurile, greşelile şi rătăcirile (câteodată chiar mai dureros – propriile nesăbuinţe), devotamentul pentru adevăr, curiozitatea ştiinţifică, respectul pentru pacient şi propria modestie, – păstrând totuşi destulă încredere în sine şi puterea de a fi neobosit în lucrul asumat. Autorul face dovada acestor calităţi.

De asemenea, el îşi descrie propria muncă cu o neobişnuită transparenţă. Aceasta îl face pe cititor martor la munca terapeutului sau analistului, la lupta cu sine însuşi dar şi cu pacientul, în strădania de a înţelege şi de a folosi diferitele moduri de comunicare şi de impact emoţional la care este supus în timpul muncii terapeutice.

Este un privilegiu să citeşti relatarea autorului asupra modului cum a învăţat de la pacienţii săi să-şi perfecţioneze propriile metode. Nu mi-am dat seama cât de mult m-a afectat această carte până când am realizat că, pe nesimţite, am început să folosesc aceste metode în propria-mi practică psihanalitică.

Regretatul dr. W. R. Bion a spus: „Nu te pot ajuta la şedinţa pe care o ai de făcut mâine. Dar pacientul o poate face”. Dl. Casement ne dovedeşte că lucrează cu tenacitate urmând aceste coordonate.

Dr. Arthur Hyatt Williams

INTRODUCERE

Mai multe observaţii m-au determinat să scriu această carte. De exemplu, există credinţa comună că analistul sau terapeutul experimentat îşi înţelege pacientul rapid şi fără erori de judecată. Deşi unii pacienţi încearcă să se opună acestei convingeri, riscând să fie etichetaţi drept „dificili”, alţi pacienţi o acceptă spontan. Aceasta răspunde, probabil, dorinţei de a găsi o certitudine. Ba, chiar, unii terapeuţi par să o accepte la fel de uşor, probabil pentru a satisface o dorinţă nerecunoscută de a fi atotştiutori sau puternici. Prin urmare, nu este surprinzător cât de des terapeuţii studenţi îşi închipuie că pacienţii şi supervizorii lor aşteaptă de la ei o înţelegere imediată a cazurilor. Se ajunge la dorinţa de a cunoaşte pentru a părea competent. În astfel de situaţii, interpretările oferite pacienţilor se dovedesc a fi formulări „de-a gata”, alese din scrierile altora – care, la rândul lor, le-au acceptat ca fiind verificate în timp, deşi prin utilizarea lor repetată au ajuns, de fapt, clişee analitice. De aceea, am încercat să sugerez căi prin care insight-ul psihanalitic se poate salva din acest ciclu autopropulsant, pentru a aduce ceva nou cu fiecare pacient.

Capacitatea de a învăţa creativ de la pacienţi poate fi inhibată de impresia că toţi ceilalţi par să-şi înţeleagă pacienţii mult mai bine decât o facem noi, nefiind dispuşi să apară nesiguri, pierduţi sau să fie surprinşi făcând greşeli. Convingerea mea este că putem învăţa la fel de mult din greşelile noastre, cât şi din reuşitele noastre.

Au existat câţiva analişti geniali, ca Freud şi Winnicott, care au învăţat în mod natural cum să înveţe de la pacienţii lor. Totuşi, ar fi inhibant şi greşit dacă alţii ar încerca să concureze cu aceste genii sau cu alte somităţi ale psihanalizei. Părerea mea este că majoritatea analiştilor şi terapeuţilor sunt persoane comune, obişnuite, de o hărnicie sinceră – nu neapărat ieşită din comun – care sunt în căutarea adevărului cu toată abnegaţia de care sunt în stare. Mă consider printre aceia care se străduiesc să devină mai buni prin experienţa dobândită în timp şi mă adresez în special colegilor care urmăresc acelaşi scop.

Lumea comunicării inconştiente dintre oameni e ciudată şi uneori de temut. Este complicată şi confijză. Din această cauză s-a ajuns la o regretabilă despărţire: pe de o parte, specialiştii în problemele inconştientului, care şi-au dezvoltat un limbaj ezoteric, cu ajutorul căruia se pot face înţeleşi între ei cu mare exactitate, pe de altă parte, majoritatea specialiştilor care

se simt excluşi din cauza limbajului inaccesibil. De aceea, eu îmi propun să ilustrez dinamica inconştientului şi a relaţiilor de ajutorare astfel încât să fiu înţeles de orice persoană angajată într-o profesie de asistenţă în acest domeniu, precum şi de cititorul laic interesat.

Unii sunt adepţi totali, fără ezitări, ai cercurilor psihanalitice, alţii sunt sceptici. Printre ultimii sunt mulţi care ar avea mai mult respect pentru modalităţile practicii psihanalitice dacă ar putea percepe mai clar ce implică ele. Ei ar putea fi bucuroşi de ocazia care li se oferă de a urmări ce se petrece în mintea unui terapeut pe când încearcă să cunoască şi să înţeleagă complexele mistere din mintea celuilalt şi manifestările lor.

Ocaziile de a învăţa de la pacient există în toate profesiile de ajutorare. Mă adresez mai direct analiştilor şi terapeuţilor, deoarece, în special, camera de consultare analitică oferă un „spaţiu de cercetare”, în care putem studia cel mai bine dinamica acestei interacţiuni intime a relaţiei terapeutice. Sper, totuşi, că cei din cadrul profesiilor de ajutorare înrudite vor putea să folosească ideile pe care le explorez aici pentru a le aplica în propriile lor domenii de activitate.

Am încercat să împărtăşesc, cât mai deplin posibil, câteva

dintre dificultăţile care apar în procesul extraordinar, dar cu obstacole, de a deveni terapeut sau analist. Speranţa mea e că şi alţii vor putea învăţa din această carte şi se vor simţi încurajaţi.

Unele aspecte etice ridicate de folosirea materialului clinic al pacienţilor şi al studenţilor în practică sunt discutate în anexa II (voi. 2).

Sunt îndatorat lui Arthur Hyatt Williams, al cărui entuziasm m-a determinat cel dintâi să încep scrierea acestei cărţi. La fel, multor colegi şi prieteni, care m-au stimulat să perseverez şi mi-au oferit aprecieri critice valoroase de-a lungul scrierii cărţii, li mulţumesc lui David Tuckett, pentru sfaturile sale la revizuirea volumului 1, lui Jim Comersall, pentru ajutorul său la revizuirea volumului 2; de asemenea, lui Harry (H. A. Williams) pentru inspiraţia şi încurajarea de a privi dincolo de dogmă, – lui Fran Acheson, Dilys Daws, Martin James, Michael Parsons şi Eric Rayner, pentru ajutorul lor în privinţa anumitor capitole, şi Josephinei Klein, pentru munca ei neobosită de a edita fiecare caj) itol, cartea ca un tot, înainte de a fi fost prezentată spre publicare. În mod deosebit, vreau să-i mulţumesc lui „Joy” (cap. 13, voi. *2*), pentru a fi fost ea însăşi, părinţilor ei pentru permisiunea de a publica lucrarea mea, împreună cu ea, şi tuturor pacienţilor şi

Studenţilor mei pentru contribuţiile lor la strădania mea de a înţelege procesul analitic, înţelegere fără de care n-aş fi ajuns la scrierea acestei cărţi, precum şi membrilor familiei mele, pentru întreaga lor răbdare.

Autorul şi editorii doresc să mulţumească editorilor diferitelor jurnale pentru invitaţiile lor de a trimite spre publicare articolele care au format nucleul volumului 2, pentru permisiunea de a folosi materiale publicate anterior, asupra cărora se dau detalii în legătură cu capitolele respective. Dorim, de asemenea, să mulţumim Editurii Faber & Faber Ltd. Pentru permisiunea de a reproduce material din *Patru Quartete*, de T. S. Eliot, în capitolele 10 (voi. 1) şi 12 (voi. 2), şi din *Poeme alese*, de Edwin Muir, în capitolul 20 (voi. 2).

Autorul

NOTE LA EDIŢIA ROMÂNĂ

Primul volum al cărţii, *învăţând de la pacient*, a apărut în anul 1985, la prestigioasă Editură Tavistock Publications din Londra. De atunci, acest volum a fost tradus în numeroase limbi străine şi republicat, în engleză, în cel puţin alte două ediţii. II prezentăm, ca atare, în versiune românească.

Al doilea volum, intitulat *Spapul* 5/ *procesul analitic*, care este în pregătire la *est*, va fi publicat în volum separat (volumul 2), în viitorul apropiat. Anexele, bibliografia, indicele de subiecte şi indicele de nume proprii vor fi incluse la sfârşitul volumului *2*.

În traducerea şi editarea acestor două volume ne-am ghidat după aceleaşi principii de traducere şi editare expuse în *Note la ediţia română* (vezi R. D. Hinshelwood, *Dicţionarul psihanalizei kleiniene*, ed. Rom., 1995, pp. 1520). Reamintim câteva opţiuni terminologice. Pentru aparent intraductibilul „acting out", am recurs la sintagma *transpunere în act*, care exprimă mai adecvat sensul lui „Agieren" (termen folosit de către Freud). Faptul că traducătorii din italiană şi spaniolă, de pildă, au preluat termenul englezesc – de ce nu pe cel german – nu este convingător (cf. Şi articolele ACTING OUT şi, respectiv, TRADUCERE ÎN ACT din ediţia românească a *Vocabularului psihanalizei*, al lui J. Laplanche şi J. – B. Pontalis.) Ca o excepţie, am preluat un singur termen, *insiht*, pentru care nu am găsit o echivalare relevantă sub raport psihanalitic (*privire lăuntrică*, *introspecţie*, *comprehensiune*, *înţelegere adâncă*). Spre deosebire de traducătorii vocabularului sus-amintit, conceptul freudian „das Es" a fost echivalat prin

subeu şi nu prin *sine*. Traducerea de către noi a lui *id* (echivalenţă pentru care optase *J*. Strachey în *Ediţia Standard*) prin *subeu* are următoarele motivaţii:(a) ca sferă semantică, *şinele* (*seif*) înglobează – în concepţia unor autori psihanalişti, precum M. Klein sau H. Kohut – toate instanţele psihice: *subeul*, *eul* şi *supraeul*, – (b) dacă *id* (respectiv germ. *Das Es*, fr. *Le ga*) ar avea corespondent *şinele*, atunci *seif* ar deveni intraductibil, cum s-a întâmplat, de altfel, în textele traduse în alte limbi; (e) sub aspect structural, relaţiile ce se cristalizează în cadrul triadei subeu-eu-supraeu apar mai bine definite prin această clarificare de ordin terminologic. La fel, „screen memory" I-am tradus prin *amintire-de-acoperire*, şi nu prin „amintire-ecran". În acest fel, „Deckerinnerung" îşi regăseşte o echivalare mai apropiată de înţelesul original freudian (şi psihanalitic).

„Anxiety" am continuat să-i traducem prin *anxietate*, şi nu prin „angoasă". Ne dăm prea bine seama că această echivalare nu reprezintă cea mai apropiată soluţie. Am fost tentaţi nu de puţine ori să-i „germanizăm" în forma *anst-ietate*, în scopul de a evita atât „împrumutul" francez, cât şi pe cel englez…

Spre deosebire de majoritatea lucrărilor de tehnică (şi

chiar de practică!) psihanalitică, aceste două volume tratează fenomenele clinice aşa cum sunt întâlnite de autorul-terapeut în camera de consultaţii. El stăruie îndelung asupra diferitelor modalităţi în care le-a simţit, gândit şi conceptualizat. El pleacă întotdeauna de la fenomenul sau experienţa clinică şi nu de la concepte sau teorii psihanalitice, aşa cum se procedează de obicei în rapoarte de caz sau chiar în articole şi cărţi. Preocuparea lui constantă este experienţa clinică (reuşită sau nu) şi mai puţin terminologia şi dogma, învăţăm de la pacienţi – prin intermediul autorului-terapeut – şi de la autorul-terapeut – prin intermediul pacienţilor săi – că ceea ce contează este deschiderea lipsită de preconcepţii faţă de experienţa şi fenomenele clinice, supravieţuirea, conţinerea, semnificarea, intervenţia informată (de pacient şi lăuntric) etc., indiferent dacă suntem de acord sau nu cu preferinţele sale teoretice pentru cutare sau cutare autor (Winnicott pare să ocupe locul prim prin numărul de citate).

Dacă nu mă înşel, aceasta este una dintre puţinele cărţi de fenomenologie clinică modernă, fundată psihodinamic. De aceea, stilul său poate fi numai aparent (şi înşelător de) „simplu" şi s-ar putea să nu fie pe placul acelor cititori obişnuiţi cu texte teoretice „dificile".

Deci, cei interesaţi mai mult de „head-sight learning" (vezi nota *2*, p. 199) pot fi dezamăgiţi cumva, dacă nu chiar „neconţinuţi" de acest stil de prezentare şi abordare a fenomenelor şi experienţelor clinice. Ei trebuie să fie avertizaţi de la bun început de posibilitatea unui „transfer în jos", din nefericire şi de multe ori negativ. Aceşti cititori şi specialişti au nevoie să-şi reamintească de faptul că inconştientul (chiar şi în cazul în care este structurat ca un „limbaj") nu recunoaşte terminologia de specialitate şi nici neologismele. Mai mult, inconştientul (ca sistem dinamic fundamental) refuză de multe ori eforturile „lingvistice" dibace şi strategiile de seducţie.

Totuşi, dacă cititorii şi specialiştii îşi vor păstra mintea liberă de „memorie, dorinţă şi (nevoia de) înţelegere" (Bion), atunci există şansa ca ei să beneficieze cel mai mult de pe urma lecturii şi studierii acestor volume. Dar cei care vor beneficia cel mai mult vor fi desigur pacienţii şi studenţii.

Florin V. Vlădescu Editor, Biblioteca Psihanalitică

1. PRINCIPII FUNDAMENTALE

CONSIDERAŢII PRELIMINARE PRIVIND ÎNVĂŢAREA DE LA PACIENT

Oricât de experimentaţi am fi, ştim totuşi foarte puţin despre cum se cresc copiii, de orice vârstă, începem să ne dăm seama că nu ştim – ceea ce este totuşi ceva.

(W. R. Bion, 1975, p. 147)

REEXAMINAREA RELAŢIE! DE AJUTORARE

Există multe şi diferite profesii de ajutorare, însă psihodinamica oricărei relaţii de ajutorare trebuie să fie universală. Prin urmare este important să te familiarizezi cu modalităţile în care „cel care ajută" şi „clientul" interacţionează şi comunică unul cu celălalt.

Pentru acest studiu folosesc drept cadru camera de consultaţie analitică, unde putem examina relaţia terapeutică, cercetând mai ales perceperea şi supervizarea inconştientă a terapeutului de către pacient.

Multe din exemplele pe care le dau sunt spicuite din şedinţe cu persoane care vin o dată sau de două ori pe săptămână la psihoterapie analitică. Multe dintre acestea (dacă ar fi fost altfel orientate) s-ar fi găsit în prezenţa unui lucrător social, a unui doctor sau preot, sau, intermitent, într-un spital de boli mintale. Unele din materialele prezentate provin de la pacienţi care vin la terapie mai des decât de două ori pe săptămână; câţiva au fost văzuţi de cinci ori pe săptămână, în

capitolul 2, exemplul 2.4, folosesc o ilustrare clinică din experienţa mea anterioară ca lucrător social.

Atenţia mea a fost concentrată mai mult asupra tehnicii decât asupra teoriei. Însă nu doresc să recomand modalităţi de lucru pe care alţii să le urmeze. În schimb, prezint aspecte şi pun întrebări al căror răspuns se va găsi deseori în experienţa de lucru a practicantului individual. Sper că şi alţii vor învăţa să înveţe de la pacienţii lor, acordându-şi cu mai mare fineţe propria tehnică la nevoite în schimbare ale fiecărui pacient.

Pentru cursivitatea scrierii nu mă voi referi tot timpul la terapeut ca la „el sau ea”, ci voi recurge la „el”, tratând şi alte probleme în mod similar. La fel, voi folosi cuvântul „terapeut” ca reprezentant ai oricărui ajutător profesionist care lucrează psihodinamic. Excepţii voi face când mă voi referi la psihanalistul care îşi vede pacientul de cinci ori pe săptămână sau la lucrătorul social care îşi vede clientul de mai puţine ori.

PSIHOTERAPIA: O LUME A PARADOXULUI

Există multe paradoxuri în psihoterapie. Voi menţiona doar câteva.

Pentru fiecare persoană există întotdeauna două relaţii – una externă şi una internă. Realitatea externă este trăită în termenii realităţii interne a individului, la rândul ei modelată de

experienţa trecutului şi de tendinţa permanentă de a vedea prezentul în termenii acelui trecut. Prin urmare, terapeuţii trebuie să găsească moduri de a recunoaşte ambele realităţi, cât şi interacţiunea lor constantă.

Există multe posibilităţi de reamintire. În viaţa de zi cu zi, memoria e considerată ca un proces conştient. Când funcţionează memoria inconştientă, întâlnim un alt tip de aducere-aminte în care amănuntele vii din trecut sunt retrăite în prezent. Această repetare a trecutului nu se reduce în niciun caz la timpuri bune reamintite, ca în cazul nostalgiei. Mai frecvent se retrăieşte în timpul analizei sau terapiei ceea ce în trecut a provocat teamă. Se crede că explicaţia constă în încercarea inconştientă de a stăpâni acele anxietăţi de necontrolat în trecut.

Nimeni nu-şi poate cunoaşte inconştientul fără ajutor din partea altei persoane. Refularea păstrează o rezistenţă faţă de ceea ce a fost îndepărtat din conştient, şi, totuşi, indicaţii privind conflictul inconştient apar sub forme derivative pe care o altă persoană e în stare să le recunoască. Dacă acestei comunicări inconştiente i se poate da o interpretare semnificativă şi accesibilă pentru pacient, ceea ce înainte fusese „abordat” doar ca o refulare începe să intre în conştient devenind un subiect controlat conştient şi adaptat: „Unde a fost *subeu*, acolo va fi

eu” (Freud, 1933, p. 80).

Terapeuţii obişnuiesc să se considere ca fiind acei care încearcă să înţeleagă inconştientul pacientului. Ceea ce nu se ia în considerare, de obicei, este că şi pacienţii citesc inconştientul terapeutului în mod conştient sau inconştient. Terapeuţii nu mai pot pretinde că ar fi ecranul alb sau oglinda perfectă, aşa cum susţinea la început Freud, deoarece ei, la rândul lor, sunt tot oameni şi nimeni nu poate fi perfect. Orice analist şi orice terapeut comunică pacientului despre sine mult mai mult decât se crede în general. Este important să se ţină cont de acest fapt clinic.

Terapeuţii încearcă să nu facă greşeli sau să nu fie surprinşi în comportament defensiv propriu. Totuşi, în anumite cazuri, se poate întâmpla şi aşa. Deseori, pacienţii folosesc în mod inconştient greşelile acestea, aruncând o nouă lumină asupra procesului terapeutic. Practica ulterioară cu pacientul are deseori de câştigat în urma experienţei terapeutului care e în stare să înveţe de la pacient. În felul acesta, terapia este recuperată de pe acest făgaş altfel serios subminat.

Intenţionez să arăt, pe parcursul acestei părţi, cum am abordat eu însumi câteva dintre aceste probleme, în practica mea

de zi cu zi, prin dezvoltarea formală a unui proces de supervizare internă şi analiza din perspectiva pacientului a ceea ce credeam că se întâmplă. Ceea ce doresc să împărtăşesc cititorului este tocmai acest proces de supervizare internă şi educarea capacităţii de a asculta. Astfel, am convingerea că se vor găsi răspunsuri la multe dileme inerente psihoterapiei.

Cunoaşterea şi folosirea ttecunoaşterii

Terapeuţii trebuie uneori să tolereze perioade prelungite în care se simt ignoranţi şi neajutoraţi. În acest sens, studenţii sunt privilegiaţi: au dreptul să nu ştie, deşi mulţi încă cedează presiunilor care îi determină să se străduiască să pară siguri, ca şi când aceasta ar fi o notă de competenţă. Dimpotrivă, terapeutul sau analistul experimentat trebuie să depună efort pentru a-şi păstra o stare adecvată de necunoaştere, dacă vrea să se menţină deschis înţelegerii.

Poate mai mult decât oricine, Bion a fost foarte explicit în ceea ce priveşte nevoia de deschidere către necunoaştere a fiecăruj individ. Nu a susţinut ideea dobândirii confortului prin cunoaştere. În schimb, a fost foarte explicit în privinţa anxietăţii cu care reacţionează analistul atunci când este într-adevăr confruntat cu necunoaşterea. Bion (1974) a spus:

În orice cabinet de consultaţie ar trebui să se afle de fapt

două persoane înspăimântate: pacientul şi psihanalistul. Dacă nu, e cazul să ne întrebăm de ce se mai deranjează să afle ceva ce ştie deja toată lumea (p 13).

Teoriile analitice sunt construite cu scopul de a defini mai clar cadrul în care lucrează analiştii şi terapeuţii. Aceste teorii sunt necesare pentru a nu transforma interpretarea analitică într-o muncă bazată pe presupuneri. Teoria mai are menirea şi de a modera simţământul de neajutorare datorat necunoaşterii. Important este ca teoria să rămână subordonată muncii terapeutice şi nu practicantului ei.

Freud (1927) a descris tendinţa spre dogmă în lucrarea sa. *Viitorul unei iluzii*: „Şi astfel apar multe idei, născute din nevoia omului de a-şi

Jk face neajutorarea mai acceptabilă” (p. 18).

Este prea la îndemână să se pună semnul egalităţii între necunoaştere fi ignoranţă. Aceasta i-ar putea determina pe terapeuţi să caute refugiu în iluzia că ei înţeleg. Dar dacă reuşesc să suporte povara necunoaşterii, ei vor învăţa că aptitudinea lor de terapeuţi include şi capacitatea de a tolera simţământul de ignoranţă sau de incompetenţă, precum şi dorinţa de a aştepta (oricât de mult) până când se iveşte ceva cu adevărat relevant şi plin de înţeles. Numai astfel este posibil să

se evite riscul de a impune pacientului autodecepţia înţelegerii premature, care nu realizează nimic cu excepţia protejării terapeutului faţă de disconfortul de a şti că nu ştie.

Urmând prea uşor teoriile acceptate şi implicaţiile lor pentru practicant, poţi deveni opac la imprevizibil. Când un terapeut crede că recunoaşte semne care îi sunt familiare, poate deveni orb la ceea ce este diferit şi ciudat.

Similaritate şi asemănare

E ceva specific inconştientului faptul că, în orice situaţie nefamiliară, elementelor care pot fi apreciate ca familiare li se poate atribui calitatea de semne. Ele pot fi apreciate ca semnale de alarmă, în sensul repetării iminente a unei experienţe negative. Pot fi socotite ca semne de siguranţă. În ambele situaţii, necunoscutul este considerat ca şi cum ar fi deja cunoscut.

E posibil să vedem aceste reacţii prin intermediul fenomenului de transfer. Pacientul e confruntat cu necunoscutul din terapeut, pe care încearcă să-i cunoască pentru a diminua anxietatea de a se afla în prezenţa cuiva care rămâne necunoscut. Terapeutul, şi el, va reacţiona câteodată la nefamiliaritatea pacientului ca şi cum ar fi ceva deja familiar. Oricine găseşte mai uşor să reacţioneze în acest fel – gândind că

necunoscutul e deja cunoscut şi, deci, poate fi înţeles – decât să prelungească starea de necunoaştere.

Bion (1975) a încurajat analiştii să pună împreună cunoaşterea şi necunoaşterea în ceea ce el a numit „viziunea binoculară" (pp. 63 – 64). Analistul poate învăţa să urmărească cu un ochi acele aspecte ale unui pacient despre care ştie că nu ştie, observând cu celălalt ochi tot ceea ce simte că ştie. Aşa se constituie tensiunea creatoare dintre ceea ce este ştiut şi ceea ce este neştiut.

Seturi, subseturi şi simetrie

Când un terapeut e confruntat cu comunicarea inconştientă a unui pacient el va întâlni adesea elemente ale procesului de gândire primară.

E necesar, de aceea, să afle metode de a-l asculta pe pacient pentru a avea acces la logica paradoxală a inconştientului acestuia.

În cartea sa *IftcoMtientul ca seturi injimk* (1975), Matte Blanco foloseşte două concepte din teoria matematică a seturilor, care elucidează, într-un mod interesant, aceste chestiuni controversate ale similarităţii şi asemănării.

Un concept ca acela de „set", este definit ca o colecţie a

tuturor lucrurilor care au un numitor comun. Astfel, noi putem interpreta, de pildă, un set al tuturor pisicilor. Poate exista aici un subset al tuturor pisicilor negre. Putem, la fel, dacă vrem, determina un set al tuturor lucrurilor negre, având ca subset toate pisicile negre.

Alt concept folosit de Matte Blanco este acela de „simetrie inconştientă”. Acesta postulează un tip de logică de bază pentru gândirea în proces primar. Inconştient, noi presupunem că toate relaţiile sunt simetrice. De exemplu, dacă John e supărat pe Mary, inconştient presupunem că şi Mary e supărată pe John: ei sunt uniţi prin relaţia de mânie. Dacă John e la stânga lui Mary, în gândirea în proces primar Mary poate fi şi ea la stânga lui John: ei sunt uniţi prin relaţia de stat-alături. În mod similar, dacă Mary e mama lui John, în această „logică a simetriei” şi John poate fi mama lui Mary: ei sunt uniţi prin relaţia mamăcopil. Astfel copilul creează mama care creează copilul, şi viceversa. La fel, copilul hrăneşte sânul care hrăneşte copilul.

Există nenumărate aplicaţii ale simetriei în ascultarea psihanalitică şi în experienţa clinică. „Şinele” şi „celălalt” au poziţii interschimbabile, ceea ce e valabil şi despre pacient şi terapeut. Deseori există semnul egalităţii între parte şi întreg,

obiectul-parte şi obiectul-întreg. În mod similar, „înăuntru” şi „în afară” sunt frecvent tratate ca fiind identice. După Freud (1915), în inconştient nu există nici negare, nici contrazicere. De asemenea, nu există nici conceptul de timp (p. 187).

Seturi, transfer şi contratransfer

Dacă transferul e considerat în termeni de seturi inconştiente, deseori se poate identifica ce declanşează acest proces. În acest caz, se poate presupune că prezentul este asemănător cu o situaţie similară aparţinând unui set inconştient format anterior.

Ideea de similaritate, între trecut şi prezent, poate porni fie de la pacient fie de la terapeut. Cel mai adesea s-a considerat că pacientul atribuie elemente ale unei experienţe trecute terapeutului sau situaţiei terapeutice, reacţionând apoi faţă de acestea ca şi când trecutul s-ar fi revărsat în prezent. Este clar, totuşi, că declanşatorul transferului poate fi creat fără intenţie şi de terapeutul a cărui comportare stârneşte un ecou al vreunui aspect din trecutul pacientului.

Putem reprezenta grafic aceste fenomene prin două cercuri (*figura*

O. Dacă se foloseşte un cerc pentru a reprezenta setul

„experienţei prezente", iar celălalt setul „experienţei trecute", tot ceea ce e cuprins în zona de suprapunere poate fi considerat ca aparţinând oricăruia dintre cele două seturi. (Această suprapunere poate reprezenta similaritatea dintre trecutul şi prezentul pacientului şi ale terapeutului.)

Din punctul de vedere al conştientului, indiferent de eventualele asemănări, trecutul şi prezentul pot fi distinse ca fiind diferite. Totuşi, deoarece nu există simţ al timpului în inconştient, ceea ce se află în zona de suprapunere poate fi văzut inconştient ca aparţinând în mod egal trecutului sau prezentului. Tocmai această percepere greşită a similarităţii drept identitate produce fenomenul de transfer, în care experienţa anterioară şi sentimentele înrudite sunt transferate din trecut şi sunt trăite *ca şi cum* ar fi de fapt în prezent. De aceea, fenomenul de transfer poate avea un asemenea simţ al realului, al nemijlocitului.

S-ar putea să existe o suprapunere similară în inconştient între „sine" şi

„Celălalt". Nu e întotdeauna clar ce şi de la cine vine într-o relaţie între două persoane. Aceasta, deoarece procesele de comunicare pot fi fie proiective (o persoană punând în alta), fie introiective (o persoană luând de la alta), Pe lângă reacţia la elementele obiective de similaritate, pacienţii reacţionează şi la

propria percepere a realităţii externe în funcţie de stările lor interne în schimbare. De exemplu, un pacient poate deveni conştient de gradul tot mai mare de dependenţă faţă de terapeut, ceea ce-i evocă un set inconştient de care aparţin şi alte experienţe de dependenţă. Se poate vedea cum realitatea internă a pacientului (mai ales în cadrul clinic) include elemente adiţionale legate în prezent, cum ar fi sentimentele de dependenţă asociate cu o separare reală iminentă. Aceasta poate rezulta într-un subset mai specific în jurul acelei conjuncturi, evocând în pacient reacţii care copiază experienţe anterioare de separare-dependenţă. Aceste elemente specifice, revenind împreună în prezent, dau câteodată indicii importante privind perioada anume din viaţa pacientului care este retrăită în experienţa de transfer.

Acest fapt explică de ce chiar şi scurta întrerupere a terapiei, în timpul regresiei către dependenţa infantilă, este adeseori mai traumatizantă pentru pacient decât o vacanţă mai de durată survenită în etapele de început ale terapiei. Unii se aşteaptă ca pacienţii să fie în stare să realizeze că au făcut faţă cu bine absenţei terapeutului înainte. Experienţa clinică ilustrează faptul că pacienţii sunt afectaţi mai mult de starea realităţii lor interne, la acel moment, decât de experienţele de

adult, oricât ar fi acestea din urmă de recente.

Această retrăjre a trecutului nu se limitează în mod necesar la o relaţie analitică. Întâi, voi da un exemplu de asemenea relaţie survenită la domiciliul unui pacient.

Exemplul i i

O pacientă (dna P.) s-a trezit plângând consternant după ce fiul ei de patru ani se dusese la culcare. Nu-şi dădea seama ce i s-a întâmplat. Asociaţiile ei faţă de acest incident includeau faptul că băieţelul fusese foarte dificil mai devreme în timpul zilei. Nu făcea ceea ce-i cerea ea. Îi spusese să meargă în camera lui şi, când el a refuzat, a ţipat la el. Copilul s-a supus şi nu a mai pus probleme.

Dna P. S-a gândit că plânsul ei avea legătură cu acest incident, însă se întreba de ce a afectat-o în asemenea măsură. Faptul era cu atât mai ciudat cu cât fiul fusese ulterior liniştit. S-a întrebat dacă nu avea de-a face cu faptul că fiul nu s-a putut linişti pentru somn până când ea nu i-a sugerat să se culce în patul tatălui, după care copilul a adormit imediat. Abia atunci, când a rămas singură, a devenit ea atât de tulburată.

Discuţie. Dacă extragem esenţialul temelor din această secvenţă, putem observa bine mecanismele declanşatoare ale plânsului consternant. A fost vorba de o relaţie mamă-copil, cu

un copil dificil de stăpânit şi o mamă ţipând. Mai târziu erau doi oameni în pat, cu pacienta lăsată pe dinafară, plângând. Aceste elemente particulare pot fi privite ca aparţinând unor subseturi familiare, fiecare legate de experienţa de necontrolat din copilărie.

Mama dnei P. obişnuia să ţipe la ea când era dificil să se înţeleagă cu ea, după ce s-a născut şi fratele ei. În cele din urmă, pacienta a refuzat să mănânce – până când (la vârsta de patru ani) mama a trimis-o într-un sanatoriu până ce şi-a recăpătat „greutatea corectă". Amintirile evocate prin alăturarea acestor elemente specifice, în prezent, au inclus şi pe aceea a fratelui, căruia i se permitea să stea cu mama ei, aici reprezentat de fiul ei, căruia i se îngăduie să stea singur cu tatăl lui.

Conceptele de seturi şi simetrie ne ajută să vedem că pacienta, în postura de mamă care ţipă, şi-a provocat în sine o identificare cu fiul ei, în postura de copil la care se ţipa. În al doilea rând, relaţia de excludere (care, în copilărie, fusese cea dintre mamă şi frate) a fost inconştient trăită aici ca echivalând cu relaţia prezentă dintre soţ şi fiu. Fiecare relaţie a combinat elementele părinte-copil şi experienţa cuiva care a fost exclus. (La acest pacient mă voi referi, din nou, în capitolul

6, exemplul 6.4.)

Răspunsuri de contratransjer la familiar

Terapeuţii sunt învăţaţi să-şi controleze răspunsurile de contratransfer faţă de pacient, aşa încât să nu reacţioneze inadecvat faţă de un pacient ca faţă de un „obiect transferenţial”. (Discut alte aspecte ale contratransferului în capitolul 4.)

Vreau să sugerez că, dintr-un punct de vedere important, pacienţii continuă să fie expuşi de către terapeut unui contratransfer de care nu-şi dau seama. Aceasta se datorează faptului că terapeuţii tind să-şi formeze o atitudine (nu diferită de o relaţie transferenţială) în conformitate cu propria lor orientare teoretică sau cu experienţa lor clinică, în ceea ce priveşte transferul, există tendinţa de a adopta sentimentul de *Jejă vu* când apar elemente de similaritate între o situaţie clinică obişnuită şi altele anterioare. Aceasta îl poate determina pe terapeut să răspundă la un nou fenomen clinic cu falsa senzaţie de recunoaştere îmbrăcată după formule de interpretare stabilite. Dinamica inconştientului, care contribuie la acest „răspuns de contratransfer la familiar”, include anxietatea terapeutului şi nevoia de a se simţi mai sigur, mai ales când este sub tensiune cu un pacient. Există, de asemenea, o investire naturală în felul de interpretare al fiecăruia.

Exemplul f.2

Într-o serie de seminarii clinice în care am examinat „cazuri eşuate”, s-a relatat următorul schimb între terapeut şi pacientă. O pacientă se afla de trei luni în terapie, de două ori pe săptămână, cu un student. Materialul clinic prezentat provenea de la penultima şedinţă, înainte ca terapeutul să plece în vacanţa de Paşti.

Pacienta. Astăzi trebuie să mă asculţi cu mai multă grijă, deoarece tocmai am fost la dentist. I-a scăpat freza şi mi-a rănit limba. Mi-e greu să vorbesc.

Terapeutul (legând imediat cele spuse cu întreruperea pentru vacanţă); Cred că te temi că voi fi neglijent cu tine, – că nu voi manifesta destulă grijă din pricina vacanţei de Paşti, aşa încât cuvintele mele ar putea să producă goluri în tine, făcându-te să te simţi rănită când voi fi plecat.

Pacienta. Nu, nu, deloc. (Tăcere.)

Terapeutul. Cred că foloseşti tăcerea ca o modalitate de a mă părăsi înainte de a o face eu.

Pacienta: Nu. De fapt, mă gândeam să abandonez terapia. Cred că lucrurile merg mai bine. Relaţiile mele cu lumea sunt mai bune.

Terapeutul (inspirat de un seminar recent despre terminarea terapiei):

Consideri această îmbunătăţire ca datorându-se muncii noastre, sau o realizare personală?

Pacienta. Cred că e propria mea realizare.

Terapeutul a fost capabil să-şi convingă pacienta să-şi mai lase ceva timp pentru a se gândi la decizia bruscă de a abandona terapia. La următoarea consultaţie, pacienta i-a spus terapeutului că hotărâse că nu-şi mai poate permite terapia. Şi-ar putea cheltui banii economisiţi urmând un curs pentru învăţarea predării limbii engleze pentru străini.

Discuţie. Pacienta a început prin a-i spune terapeutului că a existat un fel de lezare, care-i creează dificultatea de a-i vorbi sau de a se face înţeleasă. Terapeutul nu a părut să recunoască o comunicare derivată în ceea ce-i spunea pacienta. („Comunicare derivată" e termenul folosit cu înţelesul de comunicare indirectă a gândurilor sau senzaţiilor asociate sau derivate inconştient din ceea ce le-a provocat iniţial.)

Terapeutul a ascultat mai ales conform teoriei şi cu prezumţia prematură că ceea ce-i relatează pacienta e legat de vacanţă. Chiar dacă această interpretare putea fi corectă în conţinut, era greşită în sincronizare. Dar, amestecându-se aici, terapeutul nu oferă spaţiu pacientei să trăiască ceea ce se descrie. Prin presupunerea prematură a posibilei anxietăţi a

pacientei în legătură cu lipsa de grijă a terapeutului, acesta, ironic, abia atunci *devine* neglijent.

Să rezumăm din nou temele; Terapeutul a acceptat referirea la o neglijenţă curentă prin referirea la dentist. Dar, dacă gândim din nou în termeni de seturi, neglijentul dentist aparţine setului „profesioniştilor neglijenţi” căruia terapeutul poate, de asemenea, să-i aparţină, dacă el s-a manifestat neglijent în timpul terapiei.

Intervenind prea repede, terapeutul a pierdut şansa de a afla alte amănunte indicând o lezare a pacientei, cât şi să vadă dacă această lezare a fost provocată sau nu de el. Poate exista aici o aluzie la o interacţiune recentă cu terapeutul, în urma căreia pacienta s-a simţit lezată. Dacă e aşa, acesta ar putea fi motivul pentru care comunicarea cu el e dificilă. Numai dacă el şi-ar fi dat seama că această comunicare, mai puţin evidentă pentru el, ar fi necesitat o grijă deosebită în ascultare din partea lui. Pacienta îi spune acest lucru.

Terapeutul continuă să lege relatarea pacientei, de la începutul şedinţei, cu întreruperea provocată de vacanţă. Există o tradiţie clinică de a conceptualiza materialul, de dinaintea unei vacanţe, în termenii unei pauze, dar aici sună prea pedant. Pacienta nu este de acord cu interpretarea. Terapeutul răspunde

tăcerii care urmează cu o altă interpretare legată de pauza de vacanţă. Breşa în comunicare creşte.

Când terapeutul nu înţelege aluzia pacientei în legătură cu un obstacol în calea comunicării cu el, chiar când ea subliniază că el va avea nevoie să asculte cu atenţie specială, pacienta socoteşte terminat lucrul cu acest terapeut. Pacienta „pune sare peste rană”, spunându-i că relaţiile ei cu lumea externă s-au îmbunătăţit. O interpretare posibilă ar sugera că aceste alte relaţii merg mai bine decât relaţia prezentă din camera de consultaţii.

Terapeutul încearcă să evalueze realitatea acestei decizii a pacientei de a termina terapia. El se mişcă astfel la altă viteză, făcând pacientei evident faptul că el acceptă hotărârea ei de a termina terapia ca fiind virtual luată. Pacienta îşi exprimă din nou insatisfacţia. Îmbunătăţirea declarată de către pacientă este simţită ca aparţinându-i în exclusivitate acesteia, nu ca o realizare colectivă şi nici datorată terapiei. Când decizia pacientei de a termina terapia este luată, ea îi oferă terapeutului un comentariu de despărţire care poate conţine cheia simţământului ei de lezare. Ea urmează să-i înveţe pe alţii propria ei limbă (engleza). Există un înţeles în această secvenţă: terapeutul a pierdut şansa de a învăţa limba pacientei. În schimb,

el şi-a impus limbajul de terapie pacientei, simţindu-se îndreptăţit să procedeze aşa datorită a ceea ce părea a fi o situaţie clinică familiară. Răspunsurile tradiţionale în acest caz, legate de pauza de vacanţă sau de tăceri, sunt de aceea neconectate comunicărilor mai specifice ale acestei paciente.

E foarte uşor să facem această greşeală: şi nu doar studenţii sunt cei care cred că-i înţeleg pe ceilalţi şi cunosc teoria, provocându-şi un sentiment de competenţă. Folosirea unui element familiar pentru orientarea printre cele nefamiliare poate fi înşelătoare, chiar dacă poate aduce o anumită uşurare. În *Trei oameni într-o barcă* Oerome K. Jerome, 1889), atunci când cei trei companioni s-au pierdut în labirintul Hampton Court, unul dintre ei a observat că mai trecuseră pe lângă acea chiflă mâncată pe jumătate. Asta nu însemna că ştiau unde erau, aceasta demonstra doar că se mişcau în cerc.

UN EXERCIŢIU DE REORIENTARE INTERPRETATIVA

În mod analog, procesul ascultării analitice şi al legăturii interpretative poate fi comparat cu acela al căutării unei ordini în matematică. Desigur, există diferenţa că, în cazul pacienţilor, noi ne ocupăm cu procese umane care nu sunt susceptibile unor asemenea dovezi sau mfirmări de acurateţe. Să luăm în

considerare următoarea serie:

2244

Un răspuns ar putea fi interpretarea seriei ca două perechi: 22 44. Avem astfel două entităţi numerice care pot fi legate între ele prin multiplul *2*. La fel, pot fi legate prin adunarea cu *22*. Nu avem destule elemente pentru a continua, a şti cărei serii aparţine acesta. Dacă aparţine primei serii, ne aşteptăm ca seria să se extindă fie înainte, fie după, ca 11,22,44,88. Dacă aparţine celei de-a doua, ne aşteptăm să se extindă sub forma 00 22 44 66.

Dacă aceste serii ar reprezenta material clinic, ar fi o interpretare prematură, grosolană, să presupunem relaţia dintre 22 şi 44 ca fiind, simplu, aceea a unui număr care e dublul celuilalt. Trebuie să fim conştienţi de cealaltă posibilitate, aşa încât vom aştepta să aflăm mai mult din serie înainte de a încerca o interpretare. După aşteptare, putem vedea cu ceva mai multă încredere care din aceste serii e mai reprezentativă. Să adăugăm la secvenţă:

1 22 44 8

Acum putem elimina una din posibilităţile luate înainte în considerare, adică seria nu va evolua ca 00 22 44 66. În schimb, arată ca şi cum ar putea fi (1)1 22 44 8(8), dar încă e prematur

să credem că am înţeles seria. De pildă, numerele lipsă din serie se pot dovedi a fi după cum urmează;

61 22 44 89

În acest caz, ar trebui să abandonăm toate presupunerile anterioare, aflându-ne din nou în zona necunoscutului, – iar seria trebuie readusă la un stadiu de aparent nonsens, ca 6 1 2 2 4 4 8 9.

Dacă aceasta ar fi material clinic, din nou ar trebui să ascultăm până aflăm mai multe elemente din această secvenţă. Am avea nevoie să permitem reamintirea pasivă a detaliilor care poate conţin elemente ale aceleiaşi secvenţe. Dacă adăugăm la asta acum, înainte şi după, am putea obţine:

3612244896

La prima vedere ar putea arăta ca o secvenţă de numere întâmplătoare, fără înţeles. Totuşi, dacă o privim dintr-un alt unghi de vedere, putem descoperi că are sens dacă rearanjăm numerele în jurul altei axe. Ce părea fără sens devine plin de înţeles dacă aşezăm numerele astfel:

3 6 12 24 48 96

Exemplificarea de mai sus, ca orice analogie, are neajunsurile ei. Desigur, ascultarea psihanalitică nu poate fi atât de mecanică şi nici nu poate fi considerată ca fiind absolut

corectă sau greşită. Cu toate acestea, exemplificarea reprezintă experienţa clinică a descoperirii care urmează când ne dăm seama că am omis ceva esenţial, când presupunerile noastre iniţiale nu sunt susţinute de ceea ce urmează mai târziu în serie – sau de ceea ce s-a întâmplat înainte (posibil neobservat).

Reorientarea într-o şedinta

Când suntem într-o şedinţă cu un pacient, se poate dovedi important a susţine un sentiment al necunoaşterii, dincolo de impresia iniţială de a fi înţeles. Deseori pacientul va furniza factorii omişi care pot duce la înţelesul inconştient care, până în acel moment, a rămas insesizabil. Voi ilustra aceasta cu un fragment din experienţa unei terapeute.

Exml) lui 1.3

O pacientă de 25 de ani era în cel de-al doilea an de terapie, de trei ori pe săptămână, când a devenit gravidă. Fiind cea mai mare dintre două surori, îşi dorea acest lucru, sora ei mai tânără fiind deja măritată şi cu un copil.

În primele luni de graviditate pacienta a păstrat secretul asupra sarcinii. Nimeni nu ştia că e gravidă, decât soţul ei, medicul şi terapeuta ei. Păstrarea secretului era importantă pentru ea, deoarece suferise toată viaţa din pricina încercărilor insistente ale mamei de a-i controla toate aspectele vieţii.

Căsătoria o ajutase să stabilească o mult dorită distanţă faţă de mama văduvă, şi pacienta alesese să trăiască la o distanţă suficientă de mamă pentru a limita tendinţa de amestec a acesteia.

Pacienta a păstrat cu grijă secretul graviditäţii sale, atâta timp cât s-a putut ţine departe de recunoaşterea publică. Apoi a venit la o şedinţă adânc tulburată. Sora tocmai fusese la ea şi ghicise că era gravidă. Aceasta a provocat-o direct pe pacientă, care s-a simţit obligată să-i spună. Pacienta era acum foarte supărată deoarece trebuia să-i spună şi mamei sale, iar acest lucru îi fusese impus de circumstanţe independente de voinţa ei.

Din momentul în care sora ei o întrebase despre graviditate, pacienta avusese o durere de cap acută. Terapeuta a interpretat faptul ca reprezentând anxietatea obişnuită a pacientei la gândul că, încă o dată, mama ei ar putea să se amestece într-un mod intruziv în viaţa ei. Pacienta i-a dat dreptate. Ea spera să-i mai rămână măcar o lună înainte de a trebui să reia legăturile cu mama ei. Graviditatea fusese prima ei experienţă de reală intimitate faţă de imixtiunea compulsivă a mamei. Nici căsătoria nu fusese imună Durerea de cap a continuat să fie foarte supărătoare.

Rejlecţie tăcută. Terapeutei i s-a amintit, prin aluzia

pacientei la căsătorie, că avusese anxietăţi asemănătoare şi atunci. Pacienta îşi percepuse viitorul soţ ca pe o ameninţare ce urma s-o invadeze. Cum abia începuse să câştige oarecare distanţă mintală şi emoţională faţă de mamă, pacienta ajunsese să se teamă că ar putea să şi-o piardă din cauza soţului, iar căsătoria ei ar putea deveni o altă versiune de a fi controlată de altcineva, inconştient reprezentând-o pe mama ei.

Când terapeuta a reflectat la această referire la căsătoria pacientei, ea s-a simţit îndreptăţită să reorienteze şedinţa spre tema gravidităţii. Până atunci ea privise durerea de cap ca o expresie simptomatică a temerii pacientei de a ajunge din nou sub puterea directă a mamei. Ea nu percepuse aceasta ca pe o aluzie la bebeluşul nenăscut. Acesta era deja în corpul pacientei. Putea fi din cauză că pacienta simţea inconştient bebeluşul ca reprezentând-o pe mama care o domină dinăuntru?

Terapeuta a oferit o interpretare de probă. Putea oare pacienta să-şi simtă bebeluşul ca o ameninţare, probabil ca fiind întruparea invaziunii mamei, pe care se străduise să o combată în exterior?

Pacienta era capabilă să judece singură acest aspect. Da, credea că putea fi adevărat. Fusese înspăimântată că ar fi putut fi invadată fizic şi supusă emoţional când s-a căsătorit. Bebeluşul

putea fi o ameninţare chiar mai mare, din aceleaşi două motive. Era ca şi cum nu se putea nicicum desprinde de mama ei şi nici nu putea scăpa de sarcină. Îi era teamă să nu-i facă rău bebeluşului, urându-l ca fiind o reprezentare a mamei.

După o perioadă de tăcere, pacienta a elaborat mai departe: a spus că i se părea de neconceput să-şi urască copilul. A adăugat că durerea de cap e, probabil, expresia conflictului dintre dragostea ocrotitoare pentru bebeluş şi impulsul ei dintotdeauna de a scăpa de orice ameninţa să-i invadeze intimitatea. A continuat să se gândească cu voce tare la aceste aspecte. Pentru ea era o descoperire cu totul nouă faptul că putea avea sentimente ostile faţă de bebeluşul dorit aşa de mult.

Mai târziu, în timpul şedinţei, şi-a dat seama că durerea de cap dispăruse pentru prima dată după multe zile. Era convinsă că acest conflict privind sentimentele ei faţă de bebeluş fusese sursa durerii de cap, problemă omisă atât de ea, cât şi de terapeută.

Discuţie. Ca rezultat al urmăririi indiciilor oferite de pacientă, devenea posibil pentru terapeută să recunoască faptul că acest conflict se referea la bebeluş. Era ca şi cum bebeluşul ar fi reprezentat „calul troian” care ar fi subjugat-o – literal, dinăuntru – şi de care pacienta se temuse cel mai mult din partea

mamei. Realizarea ulterioară că ea ar putea şi iubi şi urî copilul i-a dat convingerea unei descoperiri. Aceasta era propria-i convingere, gândul nu-i fusese indus de terapeută.

Pacienta ar fi fost dezamăgită dacă terapeuta ei ar fi continuat să elaboreze asupra temerilor mai directe şi mai conştiente ale pacientei în legătură cu mama ei. La fel, dacă terapeuta ar fi interpretat mai devreme posibilitatea că pacienta ar putea nutri sentimente ambivalenţe faţă de bebeluş, acest insight (deşi adevărat) ar fi fost prematur şi persecutant pentru pacientă. În acest caz, încetineala terapeutei i-a oferit pacientei timp şi spaţiu pentru ca să ajungă ea însăşi la această înţelegere, într-un fel tolerabil şi creator.

Imiht oferit sau impus?

Când pacienţii simt că nu sunt înţeleşi, nu le este întotdeauna uşor să comunice acest fapt cuiva a cărui pretenţie profesională este de a cunoaşte aceste aspecte. Pacientul poate, de asemenea, să dea peste sentinţa ultimă, irefutabilă, potrivit căreia dacă pacientul nu ştie ceva conştient e datorită faptului că el este inconştient în privinţa adevărului pretins a fi oferit de analist. Dar, adevărul nu este întotdeauna doar propus. Uneori e dogmatic stabilit, şi chiar respectarea de către pacient a unei interpretări poate fi invocată ca dovadă a acestui adevăr şi ca

evidenţă a apărării pacientului ca răspuns la acest adevăr.

Analistul sau terapeutul, ca un profet implicit al inconştientului, are o poziţie de autoritate în aceste privinţe pe care trebuie să le mânuiască cu multă precauţie. Unii pacienţi găsesc că nu e uşor să se opună terapeutului. Oricum, deoarece nu au totdeauna dreptate, terapeuţii au nevoie de indiciile oferite de pacienţi pentru o mai bună înţelegere. Aceste indicii sunt mai mult indirecte decât directe, mai mult inconştiente decât conştiente.

În încercarea de a înţelege pacientul, un terapeut aşteaptă până când simte că recunoaşte o urmă de înţeles care poate fi identificată şi interpretată. Dar, în această muncă de interpretare, cum pot terapeuţii evita impunerea propriilor concepte teoretice pacientului? Bion (1967a, de asemenea, 1967b, pp. 143 – 145) susţine că un analist trebuie să abordeze şedinţa fără dorinţă, memorie sau înţelegere. Dorinţa (de exemplu) de a vindeca sau de a influenţa, rememorarea activă a şedinţei anterioare şi iluzia înţelegerii în termenii a ceea ce este teoretic familiar, toate acestea luptă împotriva felului de deschidere către individualitatea pacientului, care este pecetea excelenţei în psihanaliză.

A cui rezistentă?

Când un pacient nu reuşeşte să recunoască un adevăr care-l priveşte, aşa cum e prezentat de terapeut, sau e de acord, verbal, fără nicio schimbare semnificativă în viaţa lui sau în relaţia terapeutică, practica obişnuită este să se considere că aceasta se datorează rezistenţei inconştiente a pacientului. Poate că aşa e, – dar, câteodată, poate fi un semn că acolo este, în absenţa schimbării, un indiciu inconştient pentru terapeut de a-şi reformula ipotezele despre pacient, teoria sau tehnica. Poate e ceva ce terapeutul încă nu a recunoscut sau asimilat şi ia care terapeutul poate fi, de asemenea, rezistent. Ascultarea simetriei inconştiente în comunicarea pacientului poate adesea ajuta la identificarea a ceea ce a fost omis. Potenţialul impas dintr-o şedinţă poate astfel conduce la o dinamică reînnoită.

Exmplul i.4

La un seminar clinic, o terapeută a prezentat material clinic din munca sa cu un pacient care zbiera încontinuu. Prezentând o şedinţă, terapeuta a demonstrat zbieratul în faţa grupei de seminar. Terapeuta ne-a spus că a încercat de multe ori şi în diferite feluri să înţeleagă acest comportament din timpul terapiei. Până atunci, nimic nu a contribuit la a-l schimba.

Când un membru al seminarului a întrebat terapeuta cum

se simte când se zbiară la ea în asemenea hal, ea a răspuns: „Ei bine, un lucru sigur pe care-l ştiu despre mine este că nu am probleme cu agresiunea sau violenţa”.

Discuţie. Urmărind interacţiunea de aici în termeni de simetrie, putem formula că *cineva* nu reuşea să se facă înţeles de *altcineva*. Ceea ce am presupus mai înainte era faptul că terapeuta n-a găsit calea către pacient, din care cauză nu s-a produs nicio schimbare. Dar interacţiunea a dobândit un aspect inedit după ce am realizat că pacientul nu reuşea să se facă înţeles de către terapeută. Poate că zbieratul era o încercare în acest sens.

Ne putem, de asemenea, întreba dacă terapeuta putea să facă faţă unui pacient agresiv (sau violent) doar prin sistarea unei părţi a propriei sensibilităţi. Grupul s-a simţit mult mai incomodat din cauza zbieratului decât terapeuta. Aşa încât, faptul că pacientul a încercat să ajungă la terapeută (dar n-a reuşit) dovedeşte exasperarea sau disperarea de a se face auzit zbierând mai tare. După ce a luat în considerare posibilitatea ca impasul să poată proveni de la ea, terapeuta a reflectat şi a devenit mai dispusă să audă ceea ce omisese în comunicarea ei cu pacientul. Mai târziu a raportat grupului de la seminar că pacientul s-a liniştit. Acum pacientul se simţea ascultat.

Problema controlului

E uşor de raţionalizat că pacienţii n-ar trebui să aibă acces la controlul propriei terapii, ca şi cum acest fapt ar putea „face terapeutul impotent" – ca să folosim o expresie comună. Dar, dacă terapeutul insistă în a controla întreaga terapie, nu s-ar putea ca acest fapt să-l facă pe *pacient* impotent? Câteodată, desigur, terapeutul trebuie să fie decis în faţa pacientului. Sunt însă şi momente când pacientul trebuie să fie ferm în faţa terapeutului în numele propriului adevăr. Asemenea ocazii pot fi greşit înţelese dacă un terapeut se gândeşte că ar putea fi manipulat sau controlat de către pacient. Deseori aceasta dovedeşte că terapeutul e sub stres, – în acest caz, e mai profitabil să urmăreşti senzaţia de presiune, ca pe o comunicare inconştientă a pacientului, decât să reacţionezi prematur evocând problema controlului.

SENSIBILITATEA TERAPEUTULUI LA INDICIILE PACIENTULUI

Mai mulţi pacienţi au arătat cum au început să aibă încredere în mine descoperind că eu eram dispus să învăţ de la ei. Pentru unii acest fapt a echivalat cu aflarea unei încrederi temeinice. Dar dacă ea nu e înrădăcinată prin experienţă poate rămâne o speranţă fără substanţă.

Exemplul i.5

La începutul analizei ei, dna B. (care a suferit o arsură gravă la 11 luni) mi-a povestit că durerea îndelungată de la acea experienţă şi amintirea faptelor o făceau să încărunţească. M-am uitat mai atent la părul ei (revărsat pe marginea canapelei) să văd semnele acestei albiri. Văzând că nu există aşa ceva, m-am întrebat dacă nu cumva e o invitaţie de-a mă apropia de pacientă. Poate dacă mă apropiam *Joartt mult* aş fi fost capabil să văd *câteva* fire albe. Am început să explorez socotind faptul ca o chemare de a fi mai aproape, crezând (eu însumi) că pacienta încerca vreo manipulare isterică a mea.

Dna B. A devenit foarte tulburată. Când i-am ascultat suferinţa, manifestată printr-un plâns profund, mi-am dat seama că nu înţelesesem corect lucrurile. Căutasem semnele exterioare ale albirii. Ascultând mai de aproape, am fost în stare să interpretez diferit datele. Pacienta încercase să-mi vorbească de lumea ei *dinăuntru*, în care cicatricele experienţei copilăriei au făcut-o să simtă că a îmbătrânit prematur Parte a problemei era că cicatricele ei sufleteşti erau invizibile. Ea şi cu mine aveam să ne ocupăm cu acele cicatrice care nu fuseseră încă vindecate.

Discuţie. Deşi am lezat pacienta datorită neînţelegerii mele, orientându-mă spre exterior (unde alţii descoperiseră, de

asemenea, în mod cert că ea îşi revenise după accident), mie mi s-a dat posibilitatea de a depăşi greşeala prin intermediul orientării oferită de pacientă. Deci, pacienta mi-a dat altă şansă. De această dată, am recunoscut ce voia să-mi spună, prin enigmatica referire la părul albit, revelată ca moment important în analiza ei. Dna B. Revenea ades la acest moment. Mi-a spus că asta s-a întâmplat când a început să creadă că şi-ar putea permite riscul unei oarecare dependenţe faţă de mine. Mă las condus de ea, ceea ce înseamnă că pot învăţa de la ea.

După accident, dna B. A simţit că mama ei nu mai era capabilă să răspundă nevoitor ei, aşa cum o făcea înainte. De aceea, era crucial pentru ea ca eu să învăţ să urmez indiciile ei, – şi acest fapt a constituit baza pentru mare parte din ceea ce a reieşit mai târziu din analiza ei. (La această pacientă se face referire, din nou, în capitolele 5 şi 7.)

Am observat că, învăţând mai mult despre psihanaliză, despre meseria de terapeut, am reuşit să învăţ mai mult de la pacienţii mei. Aceasta m-a făcut să mă întreb despre calitatea diferită a interacţiunii care rezulta din această situaţie.

Cu unii pacienţi a trebuit să mă bazez pe ceea ce ştiam deja din teoria psihanalitică şi din ceea ce învăţasem despre tehnica analitică, doar astfel reuşind să-mi găsesc (sau să-mi

menţin) rolul. Cu ei m-am ghidat mai mult după teorie decât după intuiţie şi am fost mai aproape de atitudinea clasică. Cu alţi pacienţi, mai ales cu aceia de la care am învăţat mai mult, m-am simţit reacţionând diferit de la caz la caz. Ce implică aceasta? Care grup de pacienţi se poate spune că au avut o experienţă analitică mai bună: cei faţă de care m-am păstrat mai ferm acelaşi sau cei faţă de care îmi permiteam să mă modelez într-un analist mai individual, mai elastic?

Nu deţin răspunsurile necesare la aceste întrebări. Pot numai să elimin extremele evidente. Dacă fermitatea devine rigiditate, oferă o falsă siguranţă analistului şi pacientului deopotrivă. Pe de altă parte, extrema opusă flexibilităţii necugetate duce la „analiza sălbatică", cu riscurile de transfer nerezolvat, dircultăţi ivite în cadrul procesului destinat a fi o relaţie terapeutică. (Vezi cap. 3 pentru un exemplu în acest sens.)

Rămâne un tip de interrelaţie analitică, tip care poate fi mai uşor observat în unele analize decât în altele, dar care poate fi un factor în toate. Mă gândesc aici la anumite analogii cu relaţia părinte-copil, des prezentată, datorită clarităţii ei, în timpul analizei. Pentru a ilustra aceasta, voi trece la o scurtă digresiune.

ANALIZĂ ŞI TRIADA DE AJUTORARE

Creşterea copiilor solicită părinţilor capacitatea de a răspunde diferit, în concordanţă cu diferitele stadii ale dezvoltării. De exemplu, o mamă trebuie să înveţe limbajul bebeluşului ei dacă vrea să răspundă corespunzător variatelor dorinţe ale bebeluşului, – astfel, unele mame sunt mai pricepute decât altele, iar diferenţa are mulţi determinanţi.

Există experienţa proprie a maternităţii, aceasta a lăsat un set de imagini în minte despre faptul de a fi mamă. O mamă în devenire are, de asemenea, propriul potenţial înnăscut de a fi mamă, acest potenţial poate fi fie reliefat, fie perturbat.

Citindu-l pe Winnicott, am început să gândesc în termenii unei „triade de ajutorare”, prin care mama este susţinută emoţional în timp ce ţine copilul. Tatăl biologic poate fi absent, dar trebuie să fie cineva în noua viaţă a mamei a cărui funcţie este de a fi prezent pentru a susţine mama-şi-bebeluşul când ei încep să se cunoască reciproc. În particular, tânăra mamă are nevoie să creadă că este capabilă de a fi o „mamă destul de bună” pentru bebeluşul ei (Winnicott, 1958, p. 245).

Când această susţinere a mamei (ca mamă faţă de bebeluş) e absentă, pot exista serioase tulburări în stadiile

următoare ale maternităţii. Dacă mama se simte subminată ca mamă, s-ar putea să aibă resentimente faţă de bebeluş, care poate ajunge să întruchipeze eşecul ei ca mamă. (Câteodată societatea accentuează insecuritatea unei mame, când atenţia e canalizată mai mult asupra mamei decât asupra celor care au eşuat în a-i oferi sprijinul necesar.) Această lipsă de încredere în sine poate fi agravată de graba altora de a-i spune ce să facă, iar de către alţii de a prelua şi de a părea a fi mai bune mame pentru bebeluş o asemenea eroziune interioară a încrederii poate proveni din experienţele rele ale copilăriei cu propria-i mamă sau (în prezent) din faptul de a nu fi crezută sau susţinută ca mamă. Adăugată acestora este uneori conştiinţa persecutorie ocazionată de eşecul copilului de a creşte sau de a se simţi sigur în îngrijirea mamei. Toţi aceşti factori pot contribui la o tendinţă de neglijare a bebeluşului, chiar de a ceda impulsurilor de a-l ataca pe bebeluş, ceea ce reprezintă un atac asupra sa însăşi ca mamă.

Dacă, pe de altă parte, o mamă se simte susţinută adecvat (ca mamă a bebeluşului ei), ea e capabilă să înveţe mai mult de la bebeluşul ei şi să fie mama cea mai bună de care, la acel moment, are nevoie bebeluşul ei. Pentru început, aceasta înseamnă a învăţa limbajul copilului şi ritmurile lui individuale,

dar acestea nu vor fi identice cu cele din cărţi, nici cu ale bebeluşului vecinului sau cu ale bebeluşului-standard, despre care se pare că vorbesc unii experţi în domeniu (cu „pietrele lor de hotar" şi altele). Acestea nu vor fi identice nici măcar cu cele ale unui alt bebeluş pe care mama I-a avut înainte. Fiecare bebeluş e deosebit de ceilalţi.

O mamă care-şi permite să răspundă deosebit fiecăruia dintre bebeluşii săi va găsi, într-o măsură oarecare, că ea însăşi e o mamă diferită pentru fiecare dintre ei. Va realiza şi că se schimbă cu timpul, prin învăţatul continuu de la bebeluş/copil ca răspuns la nevoite de dezvoltare în schimbare (Winnicott, 1965b, cap. 7).

Tatăl (sau substitutul patern) participă, de asemenea, la proces. De la început, acea prezenţă susţinătoare e crucială pentru mamă, iar copilul beneficiază sau suferă în funcţie de calitatea sprijinului. Mai târziu, „tatăl" intră în alt rol, deoarece copilul trece la descoperirea relaţiilor triunghiulare. Şi, mai târziu, adolescentul prezintă necesităţi diferite, cerând o fermitate care „aparţine conţinerii care nu este represivă, este nevindicativă, dar care îşi are propria putere" (Winnicott, 1971, cap. 11)

PACIENTUL, ANALISTUL ŞI SUPERVIZORUL INTERN

Am descris în detaliu relaţia familiară de mai sus, deoarece cred că aceeaşi dinamică se aplică în relaţia analitică. Putem observa acest fapt cel mai clar în relaţia cu studenţii.

Studenţii analişti şi terapeuţi prezintă o dorinţă deosebită de a fi conduşi profesional când învaţă despre conţinerea analitică de care are nevoie pacientul în terapie. Ei trebuie să poată recurge la experienţa propriilor analize, ei pot, de asemenea, să se conducă după cunoştinţele de teorie şi tehnică, să aibă siguranţa de a continua să acţioneze analitic chiar sub presiune. Dar, în plus, trebuie să existe o susţinere supervizată de o persoană experimentată care crede în potenţialul studentului de a se armoniza cu pacientul şi de a interpreta eficient.

Totuşi, studenţii trebuie să fie capabili să dezvolte un stil de lucru compatibil cu propria lor personalitate, dacă ei devin prea mult *pastişa* unui analist formator sau supervizor, chiar dacă e un reflex inconştient, ceva esenţial va lipsi stilului lor.

Printre capcanele unui supervizor (şi aici mă refer la ce am învăţat de la cei pe care i-am supervizat) este pericolul de a oferi un model prea puternic în tratarea pacientului. Acesta îi

poate îndruma greşit pe studenţi înspre asimilarea unui fals proces, împrumutat prea direct de la felul de a lucra al supervizorului, fără a-şi dezvolta unul propriu. Unii studenţi pot fi serios subminaţi în acest fel, simţind că tratamentul (sau chiar pacientul) au fost preluaţi de supervizor.

Aici există ecouri ale situaţiei mamei care simte că i se spune cum să fie mamă, şi rezultatele pot fi în mod asemănător perturbante pentru atitudinea analitică a studentului faţă de pacient. Deoarece, dacă un pacient ajunge să reprezinte dificultăţile studentului în a crede în sine ca terapeut, el va avea probleme în munca cu acel pacient.

Winnicott a fost precaut în a respecta totdeauna felul cum o mamă îşi înţelege propriul copil. De aceea, el obişnuia să sublinieze că era expert doar în mame şi copii în general. Deşi el putea fi folositor unei mame anume, aceea continua să fie recunoscută ca persoana care îşi cunoaşte propriul copil mai bine decât oricine altcineva (Winnicott, 1965a, cap. 1).

Ca şi în cazul mamei, această susţinere a studentului terapeut e mai întâi resimţită ca venind din exterior. Experienţa supervizării este de obicei internalizată tranziţional. Până la urmă, aceasta trebuie să se dezvolte într-un suport interior care e autonom şi separat de supervizorul internalizat. Astfel, pentru a

accentua această dezvoltare ulterioară, am început să gândesc în termenii unui supervizor intern (vezi cap. 2).

Când supervizorul intern rămâne slab individualizat, există tendinţa ca terapeuţii să se bizuie prea mult pe gândirea altora. Dar, orice adeziune puternică la o anumită şcoală teoretică, sau la o atitudine faţă de tehnică, poate deveni intruzivă în ea însăşi. Procesul analitic poate uşor deveni înclinat într-o direcţie predeterminată, ceea ce înseamnă că atunci a încetat de a mai fi cu adevărat explorator sau psihanalitic. Nu e surprinzător faptul că cei care critică psihanaliza pot arăta cum pacienţii freudieni par a avea vise freudiene, după cum despre pacienţii jungieni sau kleinieni se spune că ar avea vise care se potrivesc cu poziţiile teoretice ale analiştilor *lor*. Aici, cred, avem dovada că pacienţii au fost învăţaţi să vorbească limbajul analistului, şi nu numai limbajul. Printre analişti şi terapeuţi pot fi găsite paralele cu mamele care pretind că ele ştiu cel mai bine de ce are nevoie bebeluşul lor. Am auzit şi de mame care nu au destulă încredere în propria lor judecată, fiind greşit îndrumate de autorităţi în creşterea copilului (Truby King, între alţii), fiind convinse că trebuie să-şi crească bebeluşul conform teoriei mai mult decât „conform copilului”.

Dacă i se dă prea mare importanţă „cărţii”, atunci alegerea cărţii devine o problemă crucială. Multe controverse înverşunate ar fi putut fi evitate dacă analiştii şi-ar fi pus în discuţie credinţa lor în importanţa exagerată a unei teorii total integrate. Când analiştii şi terapeuţii dau credit mai mult pacientului şi mai puţin unei orientări teoretice de care se simt susţinuţi, devine mai uşor de observat când un pacient se simte în dezacord cu ceea ce se spune sau cu felul cum este condusă analiza. Unii pacienţi necesită un stil analitic deosebit. E important ca terapeuţii să creeze în tehnica lor spaţiu pentru acesta. Procesul analitic e serios amputat dacă terapeuţii se definesc ei înşişi în afara acestei posibilităţi, în numele ortodoxiei alese de ei.

Pentru a veghea împotriva influenţei distorsionante a înclinaţiilor teoretice, am crezut util să îmi pun mereu două întrebări, înainte şi după interpretare sau supervizare: (1) „Este individualitatea pacientului respectată şi păstrată sau ignorată şi agresată?”, (2) „Cine şi ce plasează în spaţiul analitic, în acest moment, şi de ce?”

Psihanaliza are potenţialul de a permite o renaştere a personalităţii individuale. E o tragedie dacă aceasta ajunge a fi limitată la un proces mai aproape de cel de „donare”, prin care

pacientul ajunge a fi „format în imaginea” analistului şi a orientării sale teoretice.

ÎNVĂŢÂND DE LA PACIENT

În cartea sa, *Ortodoxie* (1908), G. K. Chesterton îşi imaginează un marinar englez care a greşit cu foarte puţin calculul traseului şi descoperea Anglia cu impresia că ar fi o nouă insulă din Mările Sudului… care a debarcat (înarmat până în dinţi şi vorbind prin semne) să înfigă drapelul englez pe acel templu barbar care s-a dovedit a fi Pavilionul din Brighton (ediţia 1961, p. 9).

Dacă un terapeut are încredere în procesul analitic, se va surprinde deseori condus de pacient, prin locuri parcurse şi de alţii. Important pentru pacient este ca orice similaritate cu ceea ce a fost anterior conceptualizat în legătură cu alţii să-i parvină ca proaspătă descoperire, nicidecum ca o preconcepţie.

Deschiderea terapeutului către necunoscutul din pacient lasă mai mult spaţiu ca pacientul să contribuie la orice cunoaştere ulterioară, şi ceea ce e astfel descoperit împreună are o prospeţime datorată amândurora. Mai mult decât atât, s-ar putea ca o parte semnificativă a câştigului procesului terapeutic să fie realizată prin recunoaşterea de către pacient a faptului că terapeutul poate învăţa de la el. I se dă astfel pacientului ocazia

să joace un rol real în a-l ajuta pe terapeut să-şi ajute pacientul şi, la capăt, să descopere ce e necesar în terapia pacientului.

Pacienţii beneficiază de pe urma disponibilităţii terapeutului de a afla chiar ceea ce e deja „ştiut” prin munca clinică împreună. E mult mai bine aşa decât folosirea unor scurtături către înţelegere, bazate pe ceea ce e împrumutat de la alţii şi ceea ce pacienţii, la rândul lor, împrumută. Insight-ul proaspăt apare mai convingător când terapeutul e pregătit să lupte pentru a se exprima el însuşi în limbajul pacientului, decât recurgând la poncife.

Când îmi las pacienţii să joace un rol în felul cum evoluează terapia lor, nu mă simt neajutorat din această cauză. Câteodată sunt chiar atras într-un „amestec armonios” în cadrul relaţiei analitice (Balint, 1968). Sunt, desigur, şi alte momente când trebuie să păstrez o fermitate potrivită, fără de care un pacient se poate simţi vulnerabil şi privat de oportunitatea experienţei confruntării cu cineva în mod clar separat şi diferit de el. De exemplu, când un pacient e pregătit să găsească alteritatea unui terapeut (sau ceea ce Winnicott [1971] numeşte „externalitate”), terapeutul trebuie să fie capabil să răspundă atacurilor pacientului asupra lui şi terapiei sale, fără a se prăbuşi sau a recurge la represalii (cap. 6).

Terapeuţii au nevoie de mai multă încredere în procesul analitic dacă vor să fie în stare să tolereze vicisitudinile de a fi folosiţi de pacienţi în aceste diferite feluri. Trebuie să fie în stare să urmărească pacientul, fără a se simţi prea la voia întâmplării pentru a funcţiona analitic. Pentru aceasta, ei vor avea nevoie de o orientare analitică potrivită, capabilă să-i menţină aproape de făgaş sau să-i ajute să-i regăsească dacă I-au pierdut.

În cadrul tratamentului, o funcţie a supervizorului intern este aceea de a susţine analistul (sau terapeutul) care învaţă să susţină pacientul. Aceasta asigură structura unei „triade de îngrijire" interne, care poate ajuta terapeutul să găsească un spaţiu lăuntric de joc unde opţiunile clinice pot fi explorate (tacit sau cu pacientul) mai bine decât rămânerea opacă în gândirea trecută, osificată, care deseori funcţionează prea mult ca un set rigid de reguli.

În restul volumului de faţă intenţionez să analizez aspecte variate ale interacţiunii dintre pacient şi analist sau terapeut. Convingerea mea este că terapeuţii îşi pot asuma riscul de a fi mai puţin tenaci în aderarea la anumite poziţii teoretice, dacă îşi permit să fie mai receptivi, mai deschişi faţă de ceea ce pacienţii le comunică la nivele numeroase şi diverse.

Când un terapeut învaţă să urmeze indiciile pacientului şi

să asculte dialogul rezultat între cele două puncte de vedere ale „viziunii binoculare” (Bion, 1975), între cunoaştere şi necunoaştere, el se va descoperi pe sine adesea condus spre înţelegerea necesară.

NOTE

1 Prima dată am auzit despre folosirea acestor concepte, simetria inconştientă şi seturile, de către Matte Blanco, într-o lucrare prezentată la Societatea Psihanalitică Britanică, în 1980, de către Eric Rayner. O versiune a acelei lucrări a fost între timp publicată: *Ittjitiile experimfe, afecte)* i *caracteristicile iticontientului* (Rayner, 1981).

2 Scriind acest capitol, am fost plăcut surprins să găsesc la Sandier (1983) gânduri similare, exprimate în lucrarea sa *Reflecţii asupra unor relaţii între conceptele psihanalitice practica psihanalitică*. El scrie: „Convingerea că ceea ce SE face actualmente în camera de consultaţie analitică nu este în regulă, că şi colegii ar critica dacă ar şti ce anume, provine din realitatea că orice analist care se respectă se va adapta anumitor pacienţi pe baza interacţiunii dintre el şi acei pacienţi. El îşi va modifica abordarea pentru a obţine cea mai profitabilă situaţie analitică în dezvoltare. Pentru a realiza aceasta, el trebuie să se simtă relaxat şi neutru faţă de pacient, într-un grad potrivit, şi

uneori el trebuie să se îndepărteze serios de tehnica ’standard’” (p. 38).

3. Sandier îşi începe lucrarea (citată mai sus), spunând: „Dacă cineva priveşte atent, el poate găsi o presupunere implicit inconştientă în multe lucrări psihanalitice, pe care teoria noastră ar trebui să le considere ca fiind un corp de idei care e esenţial complet şi organizat, fiecare parte fiind din plin integrată tuturor celorlalte”. Mai departe, continuă; „Sunt avantaje în accentuarea dimensiunii dezvoltării istorice în psihanaliză când ne gândim la probleme teoretice. Ne permit să scăpăm – dacă vrem – de disputele privind întrebarea care teorie e ’justă şi care e ’greşită’. Mai degrabă ne pun în situaţia de a întreba: ’De ce e menţionată formularea aceasta, aceea sau cealaltă? Şi; Ce au vrut să spună autorii ei?’” (p. 35).

2. SUPERVIZORUL INTERN

SUPERVIZAREA INTERNĂ; CĂUTAREA UNUI ECHILIBRU

Deseori, pacienţii se raportează la terapeuţi ca la obiecte de transfer, reprezentând aspecte ale unor relaţii mai timpurii, rămânând totuşi obiecte reale. Aceasta presupune din partea

terapeuţilor o atitudine binevoitoare faţă de pacient, chiar când sunt trataţi ca fiind persoane cu atitudini străine.

Pentru ca pacientul să se poată raporta la terapeut, cât mai liber posibil în funcţie de realitatea lui internă, s-a acceptat demult necesitatea ca procesul analitic să fie protejat împotriva intervenţiilor nedorite din partea propriei personalităţi a terapeutului. Încercând să nu devină inoportuni pe parcursul terapiei, unii terapeuţi au devenit defensivi prin strădania lor de a ieşi în evidenţă cât mai puţin posibil. Din nefericire, această strădanie forţată (pentru a atinge scopul menţionat anterior) poate deveni la fel de inoportună ca şi aceea de acaparare a viziunii centrale a conştiinţei pacientului. Pe cât posibil, prezenţa terapeutului trebuie deci să rămână o prezenţă tranziţională sau potenţială (ca aceea a unei mame prezente însă fără să intervină în jocul copilului). În acest caz, terapeutul poate fi invocat de pacient ca reprezentând fie o prezenţă, fie o absenţă.

Aceasta este lumea spaţiului potenţial (Winnicott, 1971, cap. 3), care e parţial reală şi parţial iluzorie. Aici, folosesc noţiunea de iluzie ca aparţinând experienţei de joc (*Iudo* = a se juca). În acest spaţiu, pacientului trebuie să i se asigure şansa unei trăiri optime, fără imixtiuni din partea terapeutului.

Pentru ca pacientul să resimtă potenţialul creativ al acestui spaţiu, terapeuţii trebuie să înveţe cum să fie prezenţi destul de aproape de experienţa pacientului pentru a o simţi şi destul de departe pentru a putea funcţiona ca terapeuţi. Totuşi, această distanţă profesională nu trebuie să-i plaseze dincolo de ceea ce pacientul doreşte ca el să simtă. Terapeutul trebuie să descopere cum să fie intim şi totuşi separat, faţă de pacient, din punct de vedere psihologic, separat şi totuşi intim.

În munca lor de zi cu zi, terapeuţii trebuie să-şi caute drumul printre multele şi paradoxalele înaintări şi retrageri, – şi, dacă vor să se simtă în largul lor în acest *pas de deuje*, trebuie să dobândească un sens ăl echilibrului. Se cere, deci, mai mult decât acele aspecte externe ale triadei de ajutorare la care s-a făcut referire în capitolul precedent.

Sprijinul din partea unui supervizor sau analist poate duce la o *perspectivă revizuită* asupra a ceea ce s-a trecut cu vederea într-o şedinţă anterioară, sau poate duce la o *previziune* legată de ceea ce mai urmează pe parcursul terapiei. Terapeuţii au nevoie în continuare să-şi formeze capacitatea de a acţiona cu un *insiht* mai prompt (dar nu mai pripit) în plină desfăşurare a procesului analitic. Cerinţele făcute aici nu sunt întrunite nici măcar de ceea ce uneori este numit „supervizorul internalizat”.

Ca o contragreutate faţă de multele presiuni exercitate asupra terapeutului în timpul unei şedinţe, am găsit util să gândesc în termenii unui supervizor intern (Casement, 1973). Am început prin a articula necesitatea aceasta în supervizarea altora. Am observat că cei pe care îi supervizam se bazau prea mult pe sfaturile sau comentariile supervizorului, ceea ce creează o barieră între lucrătorul social sau terapeut şi client sau pacient. Efectul acestei situaţii devine evidentă în activitatea clinică ulterioară a studentului. Am ajuns astfel să constat că supervizarea formală singură nu pregăteşte un student în mod adecvat pentru a face faţă aspectului nemijlocit al prezentului terapeutic.

DEZVOLTAREA UNUI SUPERVIZOR INTERN

Ceea ce eu denumesc supervizor intern datează dinainte de experienţa de supervizare, iar dezvoltarea conceptului continuă mult dincolo de această experienţă. În continuare, voi aborda termenul cu referire specială la terapeuţi, deoarece lor li se cere în mod expres să se supună unei analize personale, ca parte a pregătirii lor profesionale. Etapele descrise aici sunt valabile şi în celelalte discipline de ajutorare înrudite.

Îţi timpul analizei personale

Scriind din punctul de vedere al analistului care tratează

un pacient, Sterba (1934) subliniază că este important să se faciliteze „disocierea terapeutică a eului” în cadrul eului pacientului. Acest lucru, arată el, se realizează prin interpretarea transferului. Unul dintre rezultate e acela că pacientul e încurajat să observe, împreună cu analistul, ceea ce el (pacientul) trăieşte. Câteodată, cele două aspecte ale acestui clivaj au fost numite „eul care observă” şi „eul care trăieşte”. În această lucrare, Sterba introduce şi noţiunea de „insulă a contemplării intelectuale”.

Astfel, dacă terapeuţii se implică cu adevărat în propria lor analiză, şi ei vor simţi această nevoie de a găsi în ei înşişi (ca pacienţi) acea insulă de contemplare – de unde ar putea observa împreună cu analistul lor ceea ce trăiesc în transfer.

Tocmai aici, în propria lor experienţă de pacienţi, îşi fixează terapeuţii primele rădăcini a ceea ce mai târziu va deveni supervizorul intern. Fiecare fază a pregătirii lor, precum şi activitatea clinică ulterioară vor adăuga câte ceva acestei calităţi. Pe măsură ce ne îmbogăţim experienţa, construim pe ceea ce s-a petrecut anterior.

Situaţia de a fi supervizat

Aceasta poate fi considerată ca având trei faze separate, deoarece funcţia de supervizare, în timpul etapelor timpurii ale

pregătirii, diferă de ceea ce e cerut mai târziu.

(1) Când terapeutul începe, pentru prima dată, tratarea unui pacient, resursele pe care se poate baza sunt limitate. Are ceea ce se ştie că teorie şi ceea ce a trăit în propria analiză. Şi poate avea ceva cunoştinţe despre lucrările altora, aşa cum au fost prezentate la seminariile clinice.

Totuşi, singura experienţă directă de a se afla în rol de terapeut, pe care au avut-o studenţii anterior, este deseori în altă disciplină, ca doctor sau psihiatru, ca profesor sau asistent social. Câteodată, mai ales când e presat de un pacient, există o tendinţă puternică de a reveni la tipul primitiv – apelând la modalităţi anterioare de funcţionare, care îi sunt familiare. Astfel se împiedică învăţarea completă a noului mod de activitate care se cere din partea unui student pentru a deveni terapeut sau analist.

Prin urmare, când un student terapeut începe să lucreze cu cazuri sub supervizare, supervizorul are funcţia, de o importanţă crucială, de a susţine studentul în timpul acestei faze de deschidere a muncii clinice – în timp ce el încearcă să susţină analitic pacientul. Supervizorul asigură o formă de control, făcând sigură angajarea analitică a terapeutului şi a pacientului şi ajutând studentul să înţeleagă şi să conţină ceea ce îi este

prezentat de către pacient. Acum se pun bazele lucrului independent de mai târziu.

La început, studenţii se sprijină mult pe sfaturile şi comentariile oferite de supervizor. Cu timpul, aceste insight-uri provenite din supervizare ar trebui să se integreze tot mai mult tratamentului în curs aplicat pacientului. Totuşi, câteodată, acestea continuă să fie resimţite drept gândire de împrumut.

(2) în timpul perioadei de supervizare, terapeuţii trebuie să-şi dobândească propria capacitate de reflecţie spontană în şedinţă, împreună cu supervizorul internalizat. Astfel, pot învăţa să se observe pe sine şi pe pacient, folosind acum insula de contemplare intelectuală, ca spaţiu mintal, în care poate începe să opereze supervizorul intern.

(3) Spre sfârşitul pregătirii, cred că procesul de supervizare trebuie să evolueze într-un dialog între supervizorul extern şi cel intern. Abia astfel terapeuţii îşi pot forma un mod de acţionare autonom, pe care trebuie să-i stăpânească la terminarea studiilor.

Lucrul fără supervizare formală

După ce terapeuţii au terminat formarea, urmează o perioadă de consolidare. În activitatea lui de predare şi supervizare, John Klauber obişnuia să sublinieze că este

necesară o perioadă de cel puţin 10 ani pentru a deveni terapeut. Bion (1975) arată că „devenirea” este un proces care începe, continuă, însă nu se termină niciodată. Trebuie să ne menţinem în starea de „devenire” (p. 26). La vremea absolvirii, s-ar putea să se fi format în terapeut un supervizor intern mai autonom, – însă sper că nu va veni niciodată vremea ca un terapeut să înceteze de a mai „deveni” sau să-şi închipuie că a „ajuns”.

Su/) ervizarea altora

Când terapeuţii au ocazia de a-i superviza pe alţii, pot începe o altă fază de dezvoltare, care recapitulează mult din ceea ce s-a petrecut anterior. Secvenţa e ca o spirală în care se regăsesc din nou la început, începutul pregătirii sau începutul unui tratament. Se întorc unde au mai fost înainte, dar şi unde n-au mai fost niciodată.

Tot aşa cum ne putem vedea mai clar greşelile când sunt făcute de alţii, tot aşa se întâmplă şi când îi supervizăm pe alţii. Aici există nesfârşite posibilităţi pentru terapeuţi de a-şi reexamina propria activitate, când cercetează cu atenţie activitatea celui supervizat. Nu rareori, supervizorii îşi vor vedea reflecţii ale propriilor dificultăţi de tehnică. Nu procedăm întotdeauna aşa cum predăm, însă putem învăţa multe încercând să procedăm astfel.

Când am urmărit îndeaproape munca celor supervizaţi de mine din punct de vedere interacţional, * mi-am dat seama cât de mult urmăresc pacienţii munca terapeuţilor lor, urmărindu-le dispoziţia, observându-le smeronizarea, întrebându-se asupra implicaţiilor inconştiente ale comentariilor lor (ce puncte de reper pot da aceştia pacientului, dincolo de impenetrabilitatea intenţionată a terapeutului). Nu îmi dădusem seama înainte cât de mult mă expuneam pe mine însumi prin maniera propriilor mele intervenţii sau a reacţiilor mele faţă de pacient.

i

Reflectarea reconsiderată

După ce mi-am dat seama de această manevrare neintenţionată a pacientului de către cei pe care îi supervizez, a devenit imperios necesar pentru mine să-mi observ propria activitate mai de aproape. Mulţi terapeuţi ar fi surprinşi dacă fi-ar da seama cât de des apelează la modalităţi de a interveni pe care le-au contestat în cursul supervizării altora. Această observaţie ar putea activa un nou ciclu de învăţare a tehnicii şi de considerare a propriei contribuţii în reacţiile pe care le observăm la pacienţii noştri.

IDENTIFICAREA DE ÎNCERCARE

Ca parte a supervizării interne pe care o propun, am găsit deseori util să apelez la identificarea de încercare (Fliess, 1942). Aceasta poate fi considerată ca fiind înrudită cu empatia în procesul de înţelegere a pacientului. Reik (1937) a subliniat că ne formăm empatia ca pe o capacitate de a împărtăşi din experienţa altora, nu doar *asemănătoare* cu a noastră, ci chiar ca fiind *a noastră*.

Money-Kyrle (1956) a corelat-o cu familiaritatea analistului cu propriul său inconştient:

Doar din cauză că analistul îşi poate recunoaşte în pacient şinele mai timpuriu, care a fost deja analizat, este el în stare să-i analizeze pe pacient. Empatia şi insight-ul său, ca părţi distincte faţă de cunoştinţele lui teoretice, depind de acest fel de identificare parţială. Identificarea poate lua două forme – introiectivă şi proiectivă. Prin urmare, ne putem aştepta să găsim ambele forme în identificarea parţială a analistului cu pacientul. Pe măsură ce pacientul vorbeşte, analistul se va identifica introiectiv cu el, iar apoi, după ce îl va fi înţeles interior, îl va reproiecta şi interpreta. Cred că analistul îşi dă cel mai bine seama de faza proiectivă – adică, faza în care pacientul reprezintă o parte anterioară imatură sau bolnavă a lui însuşi, inclusiv obiectele sale vătămate, pe care acum le poate înţelege

şi, prin urmare, le poate trata prin interpretare, în lumea externă (pp 360-.361).

Deci, nu numai pacientul are nevoie să-şi formeze capacitatea de a se disocia terapeutic înăuntrul eului său, aşa cum susţine Sterba. Terapeutul trebuie şi el să fie în stare să menţină acest clivaj benign din el însuşi, lăsându-şi astfel eul trăitor liber să se mişte între el însuşi şi pacient, între gândire şi simţire. Kris (1950) se referă la acest proces ca „regresie în serviciul eului”. Analistul foloseşte regresia controlată dinăuntrul său pentru a trece graniţa dintre gândirea sa conştientă (raţională) şi gândirea sa inconştientă (proces primar/iraţional). Permiţându-şi această libertate de a intra în starea de reverie de ascultare, împreună cu pacientul, el poate afla cum s-ar simţi în postura pacientului (indiferent de context).

Când apelez la identificarea de încercare, o fac în mai multe moduri. De exemplu, încerc să gândesc sau să mă transpun în experienţa pe care o descrie pacientul. Sau încerc să mă pun în locul celeilalte persoane la care se face referire. Fiecare dintre aceste puncte de vedere poate oferi elemente ale relaţiei de obiect a pacientului, care altfel s-ar fi pierdut.

Pe lângă aceste modalităţi mai comune de observare a pacientului prin identificarea de încercare, mai urmăresc şi să

mă pun în locul pacientului în relaţia sa cu mine. Caut să ascult (aşa cum ar face-o pacientul) ceea ce-mi trece prin minte să spun, încercând, în tăcere, să formulez un posibil comentariu sau o interpretare din partea lui. Aceasta mă ajută să-mi dau seama când un pacient ar putea înţelege greşit ceea ce vreau să spun, datorită ambiguităţii sau alegerii nefericite a cuvintelor. Sau, mă pun în poziţia pacientului reflectând la ultimul meu comentariu. Deseori, aceasta mă alertează faţă de comunicările neintenţionate sau inconştiente pe care le-ar putea citi pacientul în ceea ce tocmai am spus. Apoi, după ce ascult răspunsul pacientului, îmi e mai uşor să văd dacă acesta i-a fost cu adevărat provocat de mine, de sincronizarea interpretării sau de maniera mea de interpretare.

Prima oară am învăţat să controlez interacţiunea terapeutică probând identificarea de încercare cu un pacient, pe când urmăream prezentările clinice ale celor pe care îi supervizam. Prin practică devine posibilă folosirea simultană a celor două puncte de vedere, al pacientului şi al analistului, aşa cum se urmăresc diferitele voci în muzica polifonică.

Această capacitate de a fi în două locuri în acelaşi timp – în postura pacientului şi în cea proprie simultan – poate fi realizată numai dacă terapeuţii pot să-şi formeze capacitatea de

a sintetiza aceste două stări ale eului aparent paradoxale. Aici, cred eu, devine esenţială funcţia de procesare a supervizorului intern. Aceasta este mai mult decât autoanaliză şi mai mult decât autosupervizare.

SUPERVIZOR INTERN ŞI JOC

Winnicott (1971) scrie că:

ţ) sihotera o *ia are loc când zonele de joc ale pacientului* ji *terapeutului se suprapun*. Dacă terapeutul nu se poate juca, atunci nu este potrivit pentru această muncă. Dacă pacientul nu se poate juca, atunci trebuie făcut ceva care să-i permită să se joace, după care poate să înceapă psihoterapia. Motivul pentru care jocul e esenţial este că în timpul jocului pacientul devine creativ (p. 54).

Consider jocul ca una dintre funcţiile supervizomlui intern, numai astfel putând terapeutul împărtăşi creativitatea pacientului. Tot aici se află zona în care poate descoperi echilibrul dintre ceea ce cunoaşte el despre natura inconştientului şi capcanele presupunerilor premature.

Figura 2

REZISTENŢA LA PRECONCEPŢII: O ANALOGIE DIN DOMENIUL GEOMETRIEI

Vreau să dau un exemplu de joc imaginativ în relaţie cu

psihoterapia. De asemenea, vreau să ilustrez că pot exista mai multe versiuni diferite ale imaginii (sau înţelesului) „original” la care se face referire, când recunoaştem că deseori comunicarea derivativă inconştientă foloseşte forme defensive de referinţă, cum ar fi clivajul şi proiecţia, deplasarea şi inversarea etc. Vreau să ilustrez aici câteva dintre aceste procese, apelând la o formă geometrică imaginară.

Să presupunem, de exemplu, că încercăm să căutăm un sens formei sugerate de cele trei linii egale ca lungime (figura 2). Să presupunem, de asemenea, că cele trei linii sunt unite, două formând un unghi de 60°, iar cealaltă linie formând un unghi drept. Dacă suntem predispuşi să recunoaştem un triunghi, putem considera cheia acestei forme ca fiind dată de cele două linii în unghi de

60°. Linia la 90° ar putea fi considerată, atunci, ca fiind deplasată. Dacă ne jucăm cu ideea aceasta, ca şi cu o imagine de vis (figura 3), am putea considera unghiul de 90° ca fiind deplasat – sugerând probabil o nevoie defensivă de a nu reprezenta forma unui triunghi nemascat. Încurajaţi de această explicaţie, am putea începe să credem că ni se prezintă, de fapt, o reprezentare derivativă a unui triunghi echilateral.

Cu predispoziţia analitică de a căuta un material oedipian,

va fi uşor să formulăm o interpretare triunghiulară, privind triunghiul „descoperit” ca fiind reprezentat defensiv. Am putea considera forma originală ca

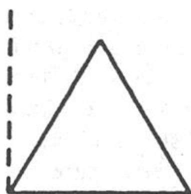


Figura 3

derivată dintr-un triunghi ascuns, la care se face aluzie mai degrabă indirect decât direct.

Dacă ne uităm din nou la forma noastră imaginară, ne-am putea orienta şi spre unghiul drept, văzând unghiul de 60° ca fiind o deplasare – probabil de la alt unghi drept (figura 4). Poate că avem în faţă forma derivativă a unui pătrat, cu o latură nemarcată. Sau poate ne uităm la un „U” cu formă pătrată sau la un „conţinător”, sau (cu susul în jos) ar putea fi un „acoperiş”, asta dacă nu ne higura 4 limităm la lumea geometriei.

Tocmai această capacitate de joc cu imaginile unui pacient a încurajat-o Bion (1967b) când a vorbit de „reverie” pentru uzul analistului (cap. 9). El a oferit şi o ilustrare grafică a acesteia în ultima sa lucrare prezentată la Societatea Britanică de Psihanaliză (1979, nepublicată). Ne-a arătat cum a ajuns la

întrebarea „De ce” a unui pacient în contextul visului acestuia, în care pe cel care visa îl privea de sus o mulţime de oameni care se aflau pe o scară ce se despărţea în formă de „Y”.

ASCULTAREA NECONCENTRATĂ

Înainte de a da un exemplu de folosire a supervizării interne, doresc să introduc noţiunea de „ascultare neconcentrată”. O consider ca un prim pas dincolo de familiara „atenţie egal flotantă” pe care analiştii sunt încurajaţi să-i facă pentru a urmări cursul general al comunicărilor unui pacient.

Gând simt că încep să înţeleg ce se comunică într-o şedinţă, ceea ce mă ajută să evit ideile preconcepute este mai întâi rezumarea temelor care se pot recunoaşte din ceea ce spune pacientul, izolându-le în mod provizoriu de contextul vizibil. De asemenea, dacă dau ascultare uneori temelor pe care le identific pe baza principiului simetriei inconştiente, mă ajută să descopăr posibilele înţelesuri diferite care pot apărea atunci. De exemplu, dacă un pacient ar spune „Şeful e supărat pe mine”, aceasta se poate rezuma în tăcere drept „Cineva e supărat pe cineva”. Rămâne neclar atunci *a cui supărare este faţă de cine*, aspect ce poate fi luat în considerare apoi cu o minte mai deschisă decât ar fi altfel posibil. Ar putea fi o aserţiune faptică, obiectiv raportată, ar putea fi o referire la supărarea pacientului

proiectată asupra şefului, ar putea fi o referire la transfer prin intermediul deplasării, terapeutul fiind văzut ca fiind supărat, sau ar putea fi o referire indirectă la supărarea pacientului faţă de terapeut. În practică, această echilibrare a înţelesuri lor potenţiale trebuie să fie integrată procesului normal de supervizare internă.

SUPERVIZORUL INTERN LA LUCRU: UN EXERCIŢIU APLICATIV

Voi folosi acum o vignetă clinică ca „exerciţiu", deoarece putem învăţa mai uşor să recunoaştem diferitele opţiuni clinice când nu suntem supuşi presiunilor existente în timpul unei şedinţe de terapie reală. Totuşi, nu intenţionez să dau un model de monitorizare conştientă şi activă sau de alegere a unei anumite interpretări în şedinţă; nici nu trebuie îngrădită „atenţia egal flotantă" a terapeutului în timpul şedinţei.

Pentru a ne putea dezvolta deprinderea de a utiliza într-un mod subliminal supervizorul intern când suntem cu un pacient, este recomandabil să se folosească (sau, în sensul celor susţinute de Winnicott, să se „joace") material clinic în afara şedinţei. Un muzician exersează game sau studiază tehnici pentru ca acestea să devină parte integrantă a tehnicii lui. La fel şi în psihoterapie: când un terapeut „face muzică" cu un pacient, nu ar trebui să fie

preocupat cu probleme de tehnică. Această tehnică se poate învăţa cu timpul, în afara cabinetului de consultaţii, exersând cu material clinic. Astfel, aflat în prezenţa pacientului, procesul de supervizare internă va funcţiona când va fi mai multă nevoie de el.

Exemplul 2.

O văduvă (dna J.), în jur de patruzeci de ani, vine la o şedinţă cu terapeutul ei şi începe cu următoarele afirmaţii;

Pacienta: M-am întrebat dacă să mă duc la o ghicitoare. (Pauză.) Am găsit în biblioteca lui John o carte intitulată *Tată* ji *jiu*. Mi-am amintit că îmi spusese cât de importantă fusese cartea pentru el, dar acum nu-mi aduc aminte cum anume. Odată am început s-o citesc, însă practic nu am continuat-o. Cred că într-o zi ar trebui totuşi să o termin. (Pauză.) îmi place să citesc, mai ales Proust. John este cel care m-a apropiat de Proust şi mă bucur că a făcut-o. De curând am început să-i recitesc. Oricum, lectura aceasta îmi umple câteva ore bune. (Pauză.)

Am avut un vis: *Am văzut o Jată îţi pericol într-un rău cu ape repezi*. *SM-a trecut prin minte că poate se îneacă şi m-am întrebat dacă să plonjez ca s-o salvez*. M-am trezit înainte să apuc să fac ceva. (Pauză.) Mă întreb dacă e adevărat că, înainte să te îneci, ţi se perindă prin faţa ochilor toată viaţa. N-aş crede

că e timp suficient. Dar mintea este foarte ciudată. Poate nu vom şti niciodată dacă ne putem vedea viaţa cu atâta claritate, decât într-o situaţie reală de înec.

Reamintire pasivă în mod deliberat nu am vorbit despre cadrul acestei şedinţe, deoarece vreau să ilustrez utilitatea de a lăsa materialul unei şedinţe să evoce anumite amintiri din lucrul anterior cu pacientul. Aceasta ajută terapeutul să nu înceapă şedinţa încărcat cu idei preconcepute, câştigate pe parcursul altor şedinţe. Desigur, există paradoxul să avem nevoie de o vedere generală asupra progresului oricărei psihoterapii, dar, în acelaşi timp, trebuie să fim în stare să lăsăm asta deoparte, pentru a fi readusă în memorie când e nevoie.

Ni se aminteşte aici că soţul dnei J. (John) a murit cu mai puţin de un an în urmă, mai trebuie să ştim (dintr-o şedinţă anterioară) că dna J. S-a hotărât de curând să-şi cumpere o casă departe de Londra. Şi-a motivat hotărârea prin dorinţa de a se îndepărta de ceea ce-i aducea constant aminte de John, în casa în care trăiseră de la căsătorie, de asemenea, mai voia ca fiul ei (singurul copil) să frecventeze cursurile unui gimnaziu din apropierea localităţii unde s-a hotărât să se mute. Copilul urma să înceapă şcoala acolo după vacanţa de vară.

Hotărârea dnei J. De a se muta din Londra a apărut brusc, după doar şase luni de terapie. Ne putem întreba, deci, dacă nu cumva îi era teamă de a-şi cunoaşte sentimentele mai în profunzime şi dacă nu cumva această mutare nu ar include un element caracteristic refugiului în sănătate. (Motivele declarate erau în mod evident importante pentru ea, aşa încât terapeutul a rezistat tendinţei de a interpreta mutarea ei, ca nu cumva să o resimtă ca o încercare de a-i controla decizia în această privinţă.)

La acest punct al terapiei mai erau doar cinci săptămâni până la vacanţa de vară a terapeutului, moment la care dna J. Îşi planificase să-şi întrerupă şedinţele. Acest sfârşit a survenit abrupt şi prematur, însă abia după această şedinţă s-au putut cerceta şi celelalte opţiuni ale ei.

Rezumarea temelor

Im timp ce ne „jucăm" cu acest material clinic, folosind ascultarea neconcentrată, observăm că revin mai multe teme. Ghicitoarea sugerează dorinţa de a afla mai multe despre viitor. Totuşi, dacă aplicăm aici conceptul de simetrie inconştientă, ar trebui să devenim atenţi la o posibilă echivalare în termeni de proces primar între trecut şi viitor. Prin urmare, tema inconştientă ar putea fi dorinţa de a lua legătura cu „cineva greu

de găsit” sau cu „cineva de negăsit” (în trecut sau în viitor). Nu ştiu dacă această dorinţă se referă la soţ, la terapeutul reprezentându-l pe soţ, sau la terapie. Ghicitoarea ar putea fi şi o metaforă inconştientă pentru dorinţa pacientei de a avea un terapeut alternativ, fie din cauza iminentului sfârşit al terapiei, fie din cauza sentimentului pacientei că terapeutul nu este suficient de clarvăzător.

Există mai multe detalii legate de tema *a ceva neteminat*. De exemplu, este cartea doar parţial citită. Aceasta ar putea să se refere în mod egal la relaţia neterminată cu soţul sau cu terapia pe care dna J. Abia a început-o, sau la ambele. Putem observa, de asemenea, că, în vis, dna J. Simte că ar trebui să sară în apă pentru a salva fata de la înec, dar se trezeşte înainte să acţioneze. Moartea soţului lasă multe lucruri neterminate, relaţia din cadrul căsătoriei lor ca şi relaţia lui John cu fiul lor, şi, apoi, un indiciu ulterior îl constituie titlul cărţii.

De asemenea, există o implicare clară de *timp pierdut* în referirea dnei J. La /m *căutarea timpului pierdut*, a lui Proust. Timpul pierdut se referă în mod evident la căsătoria brusc întreruptă, dar ne-ar putea îndemna să ne gândim şi la terapia care şi ea urmează să fie brusc întreruptă. Este posibil ca dna J. Să nu fi avut destul timp pentru a se ocupa de trăirile dureroase

prin care a trecut. Dna J. Are în minte o anume autoterapie, lectura din Proust îi va umple multe ore. Există dorinţa de a recupera timpul pierdut, de a retrăi trecutul, probabil de a păstra amintirile vii. S-ar putea ca dna J. Să se gândească cum anume altfel ţi-ai putea evoca viaţa. Trebuie într-adevăr să fie în situaţie de înec pentru a afla? Aceasta ar putea fi o referire la nedumerirea ei dacă mai este timp pentru asta, făcând aluzie, probabil, la sfârşitul plănuit al terapiei ei.

Să ne gândim la relaţia tată-fiu. Dacă aplicăm şi aici conceptul simetriei, ajungem la *relapa părinte-copil*. Se referă aceasta doar la fiul ei şi la tatăl decedat? S-ar putea referi şi la ea însăşi în postura de copil în relaţia cu tatăl ei? (Tatăl ei murise de un atac de cord pe când ea avea doisprezece ani.) S-ar putea să se identifice cu fiul ei şi cu experienţa lui. Amândoi şi-au pierdut tatăl la aceeaşi vârstă şi în acelaşi fel. Terapeutul reprezintă oare aici tatăl pe care dna J. Urmează să-i piardă înainte să fie pregătită pentru asta? Tiparul pierderii este clar în toate cele trei sectoare ale vieţii ei, ca şi când ar funcţiona o repetare ce nu poate fi oprită. Găsim acest tipar în copilărie, în căsătorie, iar acum în terapie – aşa i se pare ei.

Oare acest sfârşit prematur al terapiei chiar nu poate fi oprit? Să fi considerat terapeutul acest lucru inevitabil? De fapt,

dna J. Ar putea veni la Londra destul de uşor, deoarece noua ei locuinţă e doar la o oră depărtare. Probabil terapeutul este menţionat în vis în ipostaza persoanei care ezită să o salveze pe cea care se îneacă.

Aâeoerea interpretării: *Câteva exemple*

Materialul acesta permite, desigur, multe răspunsuri. O parte a muncii de supervizare internă constă în a evalua care dintre aceste răspunsuri ar servi mai bine intereselor pacientului şi ale procesului terapeutic. Voi oferi diferite posibilităţi, punând accentul asupra opţiunilor care mi-ar trece prin minte dacă mi-aş permite o „perioadă de ezitare” (Winnicott, 1958, cap. 4) înainte de a interveni.

Terapeuţii au nevoie de timp pentru gândire, dar mintea omului poate, de asemenea, lucra foarte repede (ca în cazul unei persoane care se îneacă) atât timp cât terapeutul nu simte el însuşi că se îneacă din cauza cantităţii (sau impactului) celor spuse de pacient. Dacă se simte copleşit, este mai util să asculte mai întâi *forma* comunicării (greutatea, volumul) înainte să rişte să se piardă în *conţinutul* detaliat.

Raportarea detaliilor la terapie

Interpretarea cea mai comună aici ar fi reluarea detaliului din comunicarea pacientei, raportându-l la terapie. Dar, dacă

această operaţie este prea cuprinzătoare, devine un fel de prelegere şi nu o interpretare. De exemplu, am auzit răspunsuri date pacientei, care sunau cam aşa:

Cred că ai vrea ca eu să fiu ghicitor, aşa încât să-ţi pot uşura anxietatea aflând cum ar decurge lucrurile pentru tine în viitor. De asemenea, ca şi cu cartea pe care doar ai început s-o citeşti, te întrebi probabil ce rămâne „necitit” termmând terapia prea repede. Nu avem acum suecient timp pentru a ne uita mai atent la viaţa ta din trecut sau la viitorul tău, deci, s-ar putea ca în vis tu să fii persoana care se îneacă, ceea ce sugerează că eu aş fi persoana care ezită să sară în apă să te salveze. În loc să-ţi continui terapia, plănuieşti să-i citeşti pe Proust, ceea ce înseamnă că vrei să fii propriul tău terapeut, recuperând ceea ce poţi din viaţa ta din trecut, şi făcând asta de una singură.

Este cuprins aici aproape tot ce a spus pacienta, raportând cele spuse la terapie. S-ar putea chiar să fie corect. Totuşi, supervizarea internă ne ajută să ne dăm seama că nu are punct de concentrare, lucru care devine mai clar dacă folosim identificarea de încercare. Care ar putea fi răspunsul pacientei? Să presupunem că răspunde „Da” la această lungă interpretare, de fapt la ce ar spune ea „Da”?

Am putea detecta şi senzaţia de bombardare resimţită de

pacientă în faţa unei interpretări atât de cuprinzătoare. Pacienta ar putea fi impresionată de dexteritatea terapeutului de a potrivi astfel toate piesele (dacă se potrivesc), sau s-ar putea simţi iritată de presupoziţia de bază că totul e raportat la terapeut, ca şi cum aşa ar trebui să fie.

Acest stil de interpretare nu are şanse să intensifice procesul terapeutic. Nu-i lasă loc pacientei să ofere indicii referitoare la aspectele din comunicarea ei care ar avea un caracter imperios pentru ea la acest punct în şedinţă.

O *interpretare transjerenţială completă*

Ceea ce numesc aici o interpretare a transferului complet este aceea în care este posibilă unirea a trei elemente care, de obicei, sunt legate într-o interpretare dinamică şi completă a transferului:(a) viaţa prezentă a pacientei, (b) relaţia terapeutică; (e) trecutul pacientei. (Se uită deseori că poate dura mai multe şedinţe, sau chiar săptămâni, înainte de a se putea oferi pacientei o interpretare de transfer complet convingătoare, pe baza unui vis sau a unei comunicări de alt fel.) Interpretarea de transfer poate fi formată prin unirea următoarelor elemente din existenţa curentă a pacientei: în viaţa ei prezentă (impactul continuu al morţii soţului), în copilăria ei (moartea tatălui ei); în relaţia terapeutică (sfârşitul iminent). Prin urmare, putem interpreta

astfel;

Eşti preocupată de tiparul care se repetă al sfârşiturilor premature: moartea soţului, în copilărie a tatălui, iar acum eu am ajuns să-i reprezint pe soţul tău şi pe tatăl tău pe măsură ce ne apropiem de sfârşitul terapiei.

Mulţi terapeuţi ar accepta acest fel de interpretare, considerând-o aplicabilă şi necesară aici. Este mai focalizată decât prima, deoarece se bazează pe un rezumat mai deplin al temelor şi oferă o singură integrare în jurul punctului centralizator al sfârşiturilor premature. Totuşi, supervizarea internă ar trebui să scoată în evidenţă predictibilitatea unei asemenea interpretări. Este aproape un comentariu standard, iar pacienţii care au avut interpretări de acest fel, în mod regulat, se aşteaptă din partea terapeutului să facă exact acelaşi lucru din nou, cu orice ar spune ei. Identificarea de încercare cu pacientul ne poate ajuta să recunoaştem situaţia în care pacientul ne-ar putea replica: „Mă gândeam că o să spuneţi aşa”. Aceasta nu e o dovadă a exactităţii unei interpretări, ci a gradului ei de predictibilitate. Iar terapeuţii nu trebuie să le spună pacienţilor ceva ce ei deja ştiu.

În această şedinţă, e posibil ca pacienta să fi fost în stare să folosească acest tip de interpretare de transfer din cauza

impactului ei. Ar putea decurge de aici faptul că terapia nu trebuie să se oprească. De asemenea, s-ar putea ca pacienta să-şi dea seama, poate pentru prima oară, de gradul în care moartea soţului a fost reinterpretată, în timpul terapiei, în aşa măsură încât pacienta să fixeze un sfârşit prematur şi tratamentului.

Rezerva mea principală, în acest caz, se referă la sincronizare. Ar fi mai convingător dacă terapeutul ar aştepta până devine clar că pacienta are nevoie de această interpretare. Aici pare că momentul a fost ales la întâmplare.

An-xietatea cea mai adâncă

O altă posibilă interpretare, ţintind către anxietatea cea mai adâncă a pacientei din această secvenţă, ar fi alegerea implicaţiilor inconştiente ale visului. (Trebuie să cunoaştem faptul că dna J. Şi-a manifestat în mod repetat supărarea faţă de spital şi faţă de doctorii care nu au făcut suficient pentru a salva viaţa soţului ei.)

Se vede în vis referirea la acţiuni de salvare a vieţii, însă acele acţiuni nu sunt efectuate. Ne putem întreba asupra unor semne anterioare ale simţământului inconştient de vinovăţie proiectat, în cazul dnei)., sub forma învinuirii altora. (Terapeutul o auzise înainte susţinând că nu şi-a dat seama că un atac de cord uşor s-ar putea repeta atât de repede şi în mod fatal. Ea

crezuse că soţul ei îşi revenise mai mult decât o făcuse în realitate. Se simţise uşurată când au putut să-şi reia viaţa normală, după ce soţul şi-a revenit după primul atac de cord.)

Ne putem pune întrebări despre simţământul inconştient de vinovăţie al dnei J. Şi posibilă ei înţelegere voit greşită a revenirii la viaţa normală a soţului ei. S-a învinovăţit pe sine pentru că nu a luat mai în serios riscul în care se afla soţul ei? Să reprezinte oare fata care se îneca în râu pe soţul ei, a cărui viaţă era în pericol? Să-l reprezinte oare visul pe soţul ei ca pe o fată din cauză că adevărul nedeghizat ar fi fost prea dureros pentru pacientă? Dacă credem că acesta e adevărul şi dacă credem că pacienta trebuie să facă faţă acestei dureri precum şi simţământului inconştient de vinovăţie, putem spune:

Cred că te învinovăţeşti pentru ceea ce consideri a fi fost partea ta de vină în moartea soţului, ca şi când ai simţi că trebuie să fi fost ceva ce ai fi putut face pentru a-l salva. Aşa că, în vis, există o persoană despre care îţi dai seama că se îneacă, însă te trezeşti înainte să acţionezi în vreun fel.

Aici e o problemă tehnică. Dacă terapeutul interpretează prematur un simţământ inconştient de vinovăţie asumat, pacienta poate să perceapă acest fapt ca pe o sugestie de a se simţi vinovată. Dacă susţine că descifrează o dovadă a

simţământului inconştient de vinovăţie sau cauza unui asemenea simţământ, înainte ca pacienta să devină conştientă de el, acea presupunere a terapeutului nu mai poate fi considerată ca o simplă proiecţie sau ca un simplu transfer al pacientei.

Folosind identificarea de încercare, putem aprecia mai exact dacă pacienta indică cu adevărat că este pregătită pentru explorarea unui

posibil simţământ inconştient de vinovăţie, – sau probabil această focalizare în interpretare va induce pur şi simplu vina fără a mai lăsa timp, în această şedinţă sau pe durata restului terapiei, să fie asumată? Ascultarea acestei posibile intervenţii, de pe poziţia pacientei, ne determină să rămânem prevăzători şi să nu dăm încă nicio interpretare referitoare la vina inconştientă a pacientei în cauză.

Găsirea uttei punţi pentru interpretare

Este important ca terapeuţii să găsească modalităţi de interpretare pentru pacienţi, care să nu se interfereze cu cursul propriilor lor gânduri în formare. De asemenea, e important să nu-şi declare dreptul de întâietate asupra trăirii pacientului, întrerupând ceea ce pacientul începe să simtă sau anticipând

ceea ce încă nu e simţit ca atare de către pacient. Deseori, terapeuţii nu au suficiente dovezi pentru o asemenea interpretare. Asta nu înseamnă ca ei să pună anumite întrebări pentru a obţine dovezile care le lipsesc. La fel, terapeuţii nu trebuie nici să rămână tăcuţi până când apar alte informaţii. Câteodată, pacientul poate continua mai bine dacă terapeutul îi indică, pur şi simplu, că îl urmăreşte cu atenţie.

Deci, în locul interpretării, există ocazii când terapeutul trebuie să caute o etapă intermediară care să concentreze maniabil ceea ce s-a spus până atunci. Trebuie să se păstreze cât mai deplină libertatea pacientului de a continua în orice direcţie, mai degrabă decât în direcţia indicată de comentariile terapeutului.

Aici, de exemplu, nu putem presupune că referirea la înec s-ar raporta la terapie mai mult decât la orice altceva. Dacă terapeutul a uitat, sau nu a ştiut, că această pacientă urma să comemoreze în curând un an de la moartea soţului, ipoteza că starea ei de suferinţă s-ar datora în primul rând terapeutului său ar fi injustă. De aceea, ar fi preferabil, la acest punct al şedinţei, să nu se presupună nicio referire la terapeut, chiar dacă ar fi la îndemână. În schimb, putem căuta o cale mal neutră pentru a o reconfrunta cu temele ei.

Observăm tema lucrurilor care sunt neterminate. Recunoaştem, de asemenea, starea de urgenţă din vis. Am putea arăta că ne dăm seama de aceste lucruri spunând ceva de felul următor: „Trecând în revistă ceea ce mi-ai spus, observ că sunt multe referiri la lucruri lăsate neterminate, – şi mai există o stare de urgenţă în vis legată de persoana care pare să se înece”.

Dintr-o reluare neutră ca aceasta, pacienta ar putea să ne conducă la ideea terminării sau continuării terapiei, sau ar putea să ne surprindă, conducându-ne direct la comemorare, la perioada de doliu. Aceasta ar putea face legătura cu încheierea terapiei ei. Dacă nu, este important să lăsăm pacienta să descopere singură, de preferinţă fără să i se indice, ce vrea să facă. Un alt comentariu cu funcţia de punte de legătură ar putea fi:

O întrebare pe care s-ar putea să ţi-o pui în vis este dacă toate sfârşiturile trebuie să fie de neoprit şi definitive. Este acolo un râu cu ape repezi care nu poate fi oprit, dar există şi posibilitatea de a salva fata de la înec.

Anxietatea cea mai presantă

O modalitate de a focaliza o interpretare aici ar fi în jurul simţământului de urgenţă, clar indicat în vis. Acesta se impune ca acţiune de salvare de la înec. Contextul imediat pentru acest

vis este posibil să fie faptul că perioada de terapie este pe sfârşite.

Dacă simţim că pacienta trebuie făcută să-şi dea seama de autodistrugerea implicată în terminarea prematură a terapiei, şi nu mai e mult timp pentru aceasta, i-am putea spune atunci:

Cred că te nelinişteşte apropierea sfârşitului terapiei. Timpul se scurge şi te întrebi dacă voi întreprinde ceva pentru a evita ceea ce (în vis) e reprezentat prin înec.

Aici, identificarea de încercare ar putea să ne îndrume să facem o pauză înainte de a ne oferi interpretarea. Pacienta s-ar putea aştepta din partea terapeutului să o determine să nu plece. Dacă terapeutul ar acţiona pe baza acestei dorinţe, pacienta ar putea percepe mişcarea lui ca fiind o manipulare, chiar şi seducătoare. Ar putea ajunge la o asemenea concluzie de una singură, dintr-o interpretare pe jumătate, aşa cum am descris-o în secţiunea anterioară.

Terapeutul trebuie să pună în balanţă posibilele câştiguri şi pierderi pentru pacientă. Dacă ea nu-şi declară întâi nevoia de a-şi continua terapia, ar putea ea însăşi ajunge la această decizie, acceptând să continue terapia. Pe de altă parte, dacă se neagă distrugerea de sine a pacientei, s-ar ajunge la o complicitate nepermisă dacă terapeutul ar sta pasiv fără să o provoace. El

trebuie să aprecieze gradul de pregătire a pacientei de a-şi accepta propria distrugere, sau gradul de rezistenţă inconştientă faţă de această acceptare, înainte de a decide că e momentul confruntării. În funcţie de fiecare pacient în parte, se pot urma căi diferite.

Am oferit cinci modalităţi contrastante de răspuns la acest material, şi, cu siguranţă, mai sunt şi altele. Niciun terapeut nu ar putea explora în mod conştient atât de multe opţiuni (chiar şi în tăcere) pe parcursul unei şedinţe decât dacă pacientul îi dă timpul necesar. Totuşi, se poate observa această reflectare, chiar şi dacă doar la nivel preconştient. Este întotdeauna important ca terapeuţii să înveţe să recunoască modalităţile alternative pe care le-ar putea urma pentru răspunsul lor

Am dat o mostră a ceea ce numesc „jocul gamelor” cu materialul clinic, pentru a ilustra câteva probleme tehnice. Dacă un terapeut nu se grăbeşte să interpreteze, supervizarea internă poate prelucra mai uşor opţiunile disponibile şi aplicaţiile fiecăreia.

DE LA SUPERVIZARE LA SUPERVIZAREA INTERNĂ

Trecerea de la dependenţa iniţială faţă de un supervizor extern, via supervizorul intern, către o supervizare internă mai

autonomă este un proces lent – câteodată nici nu e stabil. Pentru a ilustra unele etape ale acestei evoluţii, voi da câte un scurt exemplu clinic pentru fiecare.

Absenţa supervizării ititeme

Exemplul 2.2

O pacientă avea şedinţe de terapie de trei ori pe săptămână cu un terapeut. Îşi petrecea prima parte a şedinţei copleşindu-şi terapeutul cu detalii despre depresii, sexualitate promiscuă, scene de violenţă etc. Sentimentul general era de lipsă totală de conţinere sau de control.

Terapeutul rămânea tăcut, incapabil să găsească vreun sens la ceea ce avea loc în şedinţă. Pacienta întrerupea apoi şedinţa, mergând la toaletă, ceea ce făcea cel puţin o dată în fiecare şedinţă. Când se întorcea, închidea uşa cabinetului şi părea să schimbe subiectul.

Comentariu. Terapeutul ar fi putut evita starea de paralizie dacă ar fi făcut un comentariu asupra formei comunicării pacientei lui, a revărsării de detalii şi a nevoii ei de a se elibera de anxietate (la toaletă), ca un indiciu al temerii ei că terapeutul nu i-ar putea oferi uşurarea, conţinerea sau controlul pe care îl căuta cu insistenţă.

Şedinţa continua astfel:

Pacienta: Nu pot dormi decât cu uşile şi cu ferestrele foarte bine închise.

Terapeutul: Şi mama ta era la fel?

Pncientd: Da… (urmează o mulţime de detalii).

Comentariu. Multe ocazii de a urmări pacientul se pierd când terapeutul provoacă o diversiune în şedinţă, introducând alt centru de concentrare a atenţiei. Aşa că, atunci când un terapeut ghidează pacientul către trecut (ca o interpretare de transfer), ar fi bine să se verifice dacă el nu se refugiază cumva de tensiunea şedinţei printr-o manieră defensivă de salt în trecut.

Discuţie. Prezentând acest material în supervizare, terapeutul a fost iniţial mulţumit de bogăţia de noi amănunte din copilăria pacientei, toate declanşate de acea singură întrebare. La urma urmei, terapeuţilor li se spune că indiciul unei interpretări eficiente este noul material provenit de la pacient. Dacă, totuşi, urmărim această succesiune din punct de vedere interacţional, suspendând identificarea de încercare între terapeut şi pacient, ajungem la o formulare cu totul diferită a acestui schimb.

Înainte de prima intervenţie a terapeutului, observăm cum comportarea pacientei la şedinţă era similară cu cea din viaţa ei din afara terapiei. Recurgea la revărsarea de detalii mai mult

pentru a se descărca decât pentru a comunica, iar temele se refereau la neconţinere, atât sexuală cât şi agresivă. Identificarea mea de încercare cu terapeutul îmi dezvăluie tensiunea la care e supus de către pacientă. Apoi, pacienta întrerupe şedinţa, pentru a se elibera de disconfort la toaletă. Aceasta este o altă descărcare de nelinişti prin intermediul acţiunii. Nu există nicio conţinere.

Când îşi reia şedinţa, prima comunicare (non-verbală şi verbală) a pacientei se referă la uşi şi la ferestre. Acestea ar putea fi simboluri ale conţinerii de care are nevoie. Arată că, pentru ea, acestea trebuie să fie bine închise pentru a se simţi în siguranţă. Totuşi, terapeutul crede că i se dă un indiciu pentru a explora acest „comportament simptomatic" în termenii copilăriei pacientei, astfel că o întreabă despre mama ei.

Dacă ascultăm din nou, din perspectiva interacţională, simţim comunicarea inconştientă a terapeutului cu pacienta. Această întrebare anume are mai multe calităţi. Pune pacienta sub presiunea de a răspunde. (Se simte terapeutul sub presiune? întoarce el această senzaţie asupra pacientei, adică inconştient plătind cu aceeaşi monedă?) Abate pacienta de la prezent la trecut. (Are terapeutul nevoie de o pauză, de o îndepărtare faţă de ceea ce s-a întâmplat în şedinţă până atunci?) Abate pacienta

de la terapeut către mama ei. (Există ceva incomod de suportat în relaţia terapeutului cu pacienta?) Toate acestea sunt posibile motive pentru recurgere la deflectarea centrului şedinţei.

Când pacienta preia indiciul inconştient pe care i-l dă terapeutul, s-ar putea ca ea să i se alăture în căutarea unei uşurări faţă de ceva ce *amândoi* au constatat că e dificil de suportat în prezent. Dacă terapeutul ar fi recurs el însuşi la identificarea de încercare, ar fi găsit motive pentru a evalua din nou această secvenţă. Pacienta răspunde indiciului deflectoriu furnizat de terapeut.

Dorinţa de a produce noi detalii nu indică aici o întrebare intuitiv aptă. În schimb, poate fi dovada unei apărări comune, terapeutul şi pacienta orientându-se împreună spre trecut, unde sentimentele sunt mai distante, iar detaliile discutate nu se referă în mod specific *nici* la pacient, mici la terapeut. Vorbind despre patologia mamei, cei doi acceptă în mod tacit să evite prezentul şi relaţia dintre pacientă şi terapeut – care nu este în întregime de transfer. De asemenea, pacienta va observa că această evitare a prezentului a fost iniţiată de terapeut, cu rezultatul că ceea ce fusese dificil de controlat pentru pacientă poate fi considerat de necontrolat atât de către terapeut, cât şi de către pacientă.

Folosirea supervizorului internalizat Exemplul 2.3

O terapeută aflată în faza de început cu un pacient s-a surprins fiind foarte activă de-a lungul mai multor şedinţe. Aceasta părea o reacţie la pasivitatea caracteristică cu care aborda viaţa pacientul, inclusiv problema recurgerii la terapie.

În şedinţa chiar de dinaintea venirii terapeutului pentru supervizare, a avut loc următorul schimb de replici:

Pacietilui. Nu-mi aduc aminte unde ne-am oprit la sfârşitul ultimei şedinţe.

Ttrapeuta: Dacă ţi-ai lăsa mintea să asocieze liber poate îţi vei putea aminti.

I-am spus în timpul supervizării că această replică ar putea să-i confirme pacientului impresia că ar trebui să găsească o legătură între o şedinţă şi alta. Noţiunea rămânerii în prezent, indiferent la ce s-ar putea ajunge de aici, nu este prea clară acestui pacient.

Următoarea şedinţă a început astfel:

Pacientul: încerc să-mi las mintea liberă să asocieze, să văd dacă asta mă va ajuta să-mi amintesc ultima şedinţă. Nu sunt sigur că va funcţiona astfel în cazul meu.

Terapeuta S-ar putea să-ţi fi creat o impresie greşită prin ceea ce am spus data trecută. Ceea ce am vrut să spun este că nu

contează pentru terapie dacă şedinţele au o legătură clară una cu alta sau nu. Poţi începe de oriunde şi vedem noi unde ajungem.

Pacientul. Ei bine, mă gândesc să învăţ să înot cu ajutorul surorii mele mai mari. Ea ştie când să mă ţină şi când să-mi dea drumul, aşa încât aş puţea începe să înot singur. La fel a fost şi când am învăţat să merg cu bicicleta. Ea a început prin a ţine ghidonul şi şaua. Apoi mă ţinea doar de şa, în timp ce eu ţineam ghidonul, şi apoi a început să-mi dea drumul până când am învăţat să merg singur pe bicicletă.

Discuţie. Pacientul a răspuns imediat cu amintiri legate de nevoia de a trece de la condusul sau ţinutul cuiva (ambele fiind forme de control) la lăsatul singur – aşa încât să fie liber în a folosi procesul psihoterapeutic mai autonom şi mai activ decât a făcut-o până atunci.

Acest exemplu ilustrează cum anume îşi foloseşte terapeuta supervizarea anterioară (folosind „supervizorul internalizat"). Recunoscând şi răspunzând indiciului pacientului, în această următoare şedinţă, ea arată, de asemenea, că începe să-şi formeze şi să-şi folosească propria supervizare internă.

Folosirea supervizării interne

Pentru a demonstra utilizarea supervizării interne şi în alt context decât al terapiei şi al analizei, includ aici o vignetă din

propria-mi experienţă ca lucrător social.

Exemplul 2.4

Tedy, cum îl numea mama lui, avea douăzeci şi patru de ani când l-am întâlnit prima oară. Doi ani fusese tratat la domiciliu, cu Stelazină ca un catatonic schizofrenic. Fusese tratat înainte şi într-un spital de boli mintale, până când mama lui a insistat să-i readucă acasă.

Mama lui Tedy m-a solicitat, deoarece credea că ar fi posibil să stabilesc o legătură cu el: începuse să dea răspunsuri monosilabice la întrebări. Am convenit să-i văd o dată pe săptămână. Mama lui îl aducea la cabinet, conducându-l de mână, şi îl aştepta afară până se termina şedinţa. De parcă ar fi fost un copil mic dus la grădiniţă.

În finalul primelor trei săptămâni, am obţinut de la Teddy trei răspunsuri monosilabice: „Da”, „Nu” şi „Nu chiar”. Din aceste răspunsuri şi punând întrebări specifice, am reuşit să aflu că avea un frate mai mic cu patru ani decât el. De asemenea, am obţinut câteva detalii despre casă şi şcoală şi că a avut o slujbă timp de doi ani după terminarea şcolii. Dintr-un motiv rămas neclar, fusese dat afară din slujbă, motiv din care a rămas permanent nevorbitor.

Supervizare internă. Deşi s-ar părea că realizam oarecare

progrese cu Teddy, obţinând aceste amănunte de la el, am devenit neliniştit din cauza interacţiunii dintre el şi mine. Se părea că nu realizez nimic în timpul încercărilor mele de a folosi tăcerea cu el. Nu câştigam nimic

decât informaţii faptice prin această interogare activă.

M-am imaginat în locul lui, întrebându-mă cum este să fii lucrător social emiţând intermitent întrebări la adresa mea. Brusc, mi-am dat seama cât de persecutant putea fi acest lucru. Era ca şi când aş fi încercat să mă introduc cu forţa în lumea lui Teddy, din care el a exclus aproape total lumea exterioară, iar modul lui de a răspunde mi s-a părut un compromis între nevoia lui de a se apăra faţă de orice intruziune şi presiuni (din partea mea) de a-l face să vorbească. M-am hotărât să încerc altă abordare.

Când Teddy a venit din nou la cabinetul meu, am mutat scaunele din poziţia lor anterioară (aproape faţă în faţă) în poziţie aproape paralelă. După ce ne-am aşezat, am început să vorbesc – parte lui Teddy, parte mie însumi.

Lucrătorul social. Am aşezat azi scaunele în mod diferit dintr-un motiv pe care voi încerca să-i explic. Am încercat să

mă gândesc cum aş simţi în locul tău să fiu aici, cu un lucrător social care mă bombardează cu toate întrebările astea. M-am întrebat, de asemenea, dacă n-ar fi mai uşor pentru amândoi să nu mai stăm chiar aşa de faţă în faţă – arătând de parcă aş aştepta să mă priveşti şi tu. (Linişte.)

Când mă imaginez ca fiind în locul tău, cu toate întrebările astea asaltându-mă, simt ca şi când cineva ar încerca să pătrundă în mine – forţându-mă să cedez părţi din mine Ja care poate nu vreau să renunţ. (Linişte.) îmi imaginez că sunt înconjurat de oameni care încearcă să mă forţeze să vorbesc, iar eu vreau să mă ascund de ei. Mă imaginez, de asemenea, cum nu vreau să vorbesc cu nimeni ca o modalitate de a ridica un zid în jurul meu pentru a-i ţine pe oameni la distanţă. (Pauză.)

Din nefericire, până azi nu am reuşit să-mi dau seama că tu poate ai nevoie să păstrezi un zid de tăcere pentru a mă ţine pe mine afară şi la distanţă. (Teddy şi-a întors capul înspre mine cu interes.)

Tejjy: E ciudat să pui problema aşa. Deseori m-am gândit la mine ca ascunzându-mă într-o gură de canal, cu capacul deasupra, oamenii încercând să mă găsească – şi canalizarea dedesubt. Nu mi-e teamă de conductele de canalizare. Oamenii sunt cei care miros. Ei sunt cei care mă fac să nu pot respira

uşor. Mama mea mă sufocă. Mă tratează ca pe un băieţel. Eu sunt de fapt bărbat pe dinăuntru, ştii. Ea nu-şi dă seama de asta.

Am fost uimit. Teddy fusese complet mut timp de peste doi ani. Singurele excepţii erau răspunsurile monosilabice cu care para întrebările celor din jur. Acum, pe neaşteptate, a început să-şi exprime propriile gânduri şi sentimente.

Discuţie. Punându-mă în locul lui, am ajuns să-mi dau seama de nevoia lui Teddy de a se retrage definitiv. Abia când am încetat de a mai reprezenta un „obiect de atac", a putut el să se simtă liber să mă contacteze, să se raporteze la mine. Mai ales, a trebuit să devin conştient de nevoia lui de spaţiu, de separare într-o lume care devenise în mod persistent intruzivă. Ca şi ceilalţi oameni, la început am răspuns tăcerii lui devenind eu însumi intruziv. Abia când am recurs la identificarea de încercare, pentru a verifica cum mă percepe el, am devenit conştient de natura acestei interacţiuni.

După acest început mai aveam încă o cale lungă de străbătut, însă am realizat un start pe care Teddy se putea baza. După şase luni, a convins-o pe mama lui să înceteze să-i mai aducă. După aceea venea de unul singur şi a început să-şi folosească şedinţele spontan, fără nicio ghidare din partea mea.

În al doilea an şi-a găsit o slujbă într-un magazin de jucării. Acolo se putea raporta la părinţi şi copii în propriii lui termeni.

Pe parcursul acestei cărţi voi mai da şi alte ilustrări ale supervizării interne folosite clinic sau nu. Sper, de asemenea, să arăt cum acest proces trebuie să se fixeze la un nivel de bază pentru a funcţiona. O preocupare prea intensă de autoobservare poate deranja fluxul liber al atenţiei (vezi capitolul 5). Dar sunt şi multe ocazii când munca analitică poate fi salvată de la eşec, învăţând să simţim cum percepe un pacient terapeutul, prin modurile pe care le-am descris.

NOTE

1. În lucrarea la care fac referire (prezentată iniţial lucrătorilor sociali), sugerez că, atunci când două persoane lucrează împreună cu o familie sau cu un cuplu, este important să se stabilească „punctul de vedere al supervizării" la care să se poată referi fiecare lucrător când gândeşte la ce se întâmplă în interviu sau şedinţă. Din acest punct de vedere, lucrătorii sociali vizaţi pot examina interacţiunea dintre ei pentru a afla căile în care acestea ar putea reflecta inconştient aspecte ale interacţiunii din cadrul familiei sau al cuplului. Valoarea clinică a acesteia din urmă m-a determinat să iau în considerare un punct de refermţă similar, pentru lucrătorul social singur sau pentru

terapeut, numindu-l acum „supervizorul intern”. (Menţionez această lucrare aici deoarece este posibil ca acum ea să se fi epuizat.)

2. S-ar putea să fie utilă pentru cititor informaţia că toate prezentările clinice din acest volum (capitolele 3,5,7 şi 9) au fost scrise înainte de a-mi fi formulat concepţia prezentată în acest capitol. De fapt, tocmai lucrul cu pacienţii de început m-a îndemnat să examinez mai în amănunt procesele asupra cărora m-am concentrat în acest capitol.

3 Subliniez ceea ce înţeleg prin punctul de vedere interacţional în capitolul următor.

3. SUPERVIZAREA INTERNA: EROARE ŞI RECUPERARE

I

n acest capitol doresc să arăt modul în care pacienţii răspund la erorile terapeutului. Exemplul pe care îl voi da datează dintr-o perioadă când nu am reuşit să-mi păstrez rolul profesional. Vom vedea cum pacientul produce inconştient semnale pentru recuperarea terapiei când aceasta este în pericol de a eşua.

Voi folosi, de asemenea, această secvenţă clinică pentru a

demonstra diferitele perspective clinice care se deschid când se examinează relaţia terapeutică dintr-un punct de vedere care ia în considerare interacţiunea inconştientă dintre pacient şi terapeut, fiecare răspunzând indiciilor provenite de la celălalt.

SCHIŢAREA UNUI PUNCT DE VEDERE INTERACŢIONAL

De la publicarea lucrărilor despre contratransfer ale lui Heimann (1950) şi Littie (1951), s-a recunoscut tot mai mult că relaţia analitică este aceea în care interacţionează două persoane. Fiecare încearcă să o cunoască pe cealaltă. Conştient sau inconştient, fiecare o afectează pe cealaltă. Această dimensiune a relaţiei analitice este implicită (şi câteodată explicită) în lucrările unor autori ca Balint, Winnicott, Bion, Sandler şi Searles, ca să numim doar câţiva. Pe de altă parte, Langs a efectuat un studiu extensiv al acestor fenomene.

Nu mai este suficient să se considere analistul ca fiind cel care observă şi interpretează, iar pacientul ca singura persoană din această relaţie care prezintă dovezi de comunicare inconştientă şi patologie. Pacienţii nu îl consideră pe analist ca pe un ecran gol. Ei îl cercetează pe analist, care încearcă să rămână de nepătruns, şi găsesc multe indicii privind natura acestei persoane cu care au de-a face. Ei simt starea psihică a

analistului şi răspund în consecinţă.

Analiştii şi terapeuţii dau la iveală despre ei înşişi mai multe informaţii decât îşi închipuie. Ei nu vorbesc deschis despre ei înşişi şi sunt foarte precauţi la întrebările personale, dar nici nu rămân o carte închisă pentru pacient. Asemenea unui copii care cercetează faţa mamei *p* pentru a observa semne de plăcere sau indicii privind dispoziţia ei, pacienţii percep multe semne de acest fel de la terapeuţi.

Pacienţii urmăresc schimbările în modul în care se prezintă terapeutul, de exemplu, starea lui de relaxare sau de agitaţie din timpul şedinţei. Îi observă şi implicaţiile inconştiente indicate de natura comentariilor lui. Aceste intervenţii nu sunt întotdeauna interpretative – să transpună în conştient ceea ce provine din inconştientul pacientului. Ele pot fi directive, sugerând ce ar trebui să facă sau să simtă pacientul, sau intruzive, în cazul întrebărilor, – sau pot sugera că terapeutul evită ceva dificil pe parcursul unei anumite şedinţe.

Pacienţii observă selecţia şi sincronizarea intervenţiilor terapeutului. Se întreabă de ce se comentează un lucru şi nu altul şi de ce intervine terapeutul atunci şi nu mai devreme sau mai târziu (sau deloc). Pacienţii simt şi anxietatea terapeutului când e prea activ sau întrerupe prea des o şedinţă. La fel, se pot

întreba de ce survin tăceri prelungite, mai ales după ce pacientul şi-a expus sentimente puternice. Să fie terapeutul copleşit de pacient?

Cel puţin inconştient, dacă nu şi conştient câteodată, pacienţii îl interpretează pe terapeut pentru ei înşişi. Ba chiar oferă interpretări inconştiente terapeutului (Little, 1951, p. 381). Când terapeutul este simţit ca fiind defensiv, el este perceput ca simţindu-se şi ameninţat. Aceasta provoacă anxietate privind capacitatea lui de a-l conţine pe pacient. O reacţie de răspuns va fi comportarea de protecţie din partea pacientului faţă de terapeut, prin deplasarea unor sentimente mai dificile asupra altora, sau, introiectiv, împotriva lui însuşi. Răspunsul plin de speranţă al pacientului declanşează atitudinea defensivă a terapeutului, atrăgându-i atenţia la ceea ce pare în neregulă. Pacienţii simt întotdeauna gradul în care terapeutul e dispus să rămână deschis la ceea ce se comunică. Deci, e important ca terapeuţii să recunoască aspectele realităţii obiective din camera de consultaţii la care pacientul poate răspunde. Mai ales aici, identificarea de încercare oferă terapeutului insight-uri valoroase.

Ori de câte ori spun ceva în cursul terapiei sau continuu să nu spun nimic, exercit un efect asupra pacientului. Prin

urmare, am nevoie să ascult reacţiile pacientului la contribuţia mea, – parte dintre ele pot fi iniţial în afara conştiinţei mele imediate. Ascultându-mă pe mine însumi din perspectiva pacientului, mă ajută să aduc dinamica acestei interacţiuni mai clar în câmpul meu de observaţie.

Deseori, pacienţii prezintă o dublă reacţie la contribuţia terapeutului în şedinţă. La un nivel, ei răspund realităţii externe, – la celălalt, ei elaborează pe baza ei în termenii experienţei lor trecute şi a realităţii lor interne. Deci, chiar atunci când răspunsurile unui pacient pot fi considerate transfer, acestea sunt deseori provocate de semnale declan şatoare externe provenite de la terapeut (vezi capitolul 5).

Reiese că, deseori, nu pot înţelege ceea ce încearcă un pacient să-mi comunice până când nu identific natura contribuţiilor mele în şedinţă, la care pacientul poate răspunde. După ce am identificat elementele care declanşează reacţia de răspuns a pacientului, devin capabil să-i înţeleg pe pacient mai complet şi (cred eu) mai pertinent. Prin urmare, asemenea unui nevăzător, ascult diferitele ecouri care îmi parvin după fiecare pas făcut în şedinţă. Astfel gândesc eu punctul de vedere interacţional de a asculta. Acesta mă ajută să fiu conştient de propriul meu efect asupra pacientului, ca fiind diferit de ceea ce

provine, mai autonom, dinăuntrul pacientului. De asemenea, încerc să urmăresc efectele pacientului asupra mea.

Folosirea punctului de vedere interacţional este implicită pe tot parcursul acestei cărţi. II schiţez însă aici, deoarece voi da exemple specifice în acest capitol şi în capitolul 5, din încercările mele de a folosi acest mod de ascultare a pacienţilor. În capitolul 8, voi trata mai extensiv natura indiciilor inconştiente provenite de la pacient.

INTRODUCERE LA PREZENTAREA CLINICĂ

Lucrul clinic pe care îl folosesc pentru a ilustra tema acestui capitol a fost efectuat pe când nu îmi formulasem încă concepţiile prezentate în capitolul 2, deci, încă nu îmi stabilisem supervizarea internă ca proces asociat în mod curent cu ascultarea. La început, am recurs la acest proces când simţeam că sunt sub presiune sau când pacientul se afla în criză, încă mai aveam de învăţat că există mai multă nevoie de autosupervizare atunci când terapia părea să decurgă bine. Urmează, deci, două situaţii absurde de contratransfer.

Când un terapeut îşi transpune în act contratransferul, este nevoie de autoanaliză pentru a înţelege ce se întâmplă şi de ce. Trebuie avute în vedere şi efectele de subminare a terapiei, deoarece aici se dovedeşte a fi foarte utilă perspectiva

interacţională asupra ascultării, cu atât mai mult cu cât pe vremea aceea eu nu eram supervizat. Vom vedea cum pacienta indică diferitele nivele la care răspunde ieşirii mele din rol şi cum demonstrează cât de sensibil mi-a urmărit activitatea din şedinţe.

Dacă nu aş fi devenit conştient că îmi transpuneam în act contratransferul, comportarea mea intruzivă ar fi provocat întreruperea bruscă şi destructivă a terapiei. Din fericire, am fost în stare să-mi revin din această eroare, recunoscând sugestiile inconştiente provenite de la pacientă. Aş fi putut trece uşor peste semnificaţia acestor indicii, dacă n-aş fi fost deja conştient de modalităţile pacienţilor de a reflecta percepţiile lor valide privind inconştientul terapeutului (Langs, 1978).

FUNDALUL ŞEDINŢEI

Dna A. Avea în jur de şaizeci de ani când a început un tratament programat o dată pe săptămână şi recomandat datorită atacurilor de anxietate asociate cu o lungă istorie de schimbări de dispoziţie maniaco-depresive. Iniţial, terapia nu a reuşit să conţină pacienta, care a fost internată. Psihiatrul care a luat-o în tratament a început terapia cu carbonat de litiu. Mai târziu, la cererea dnei A., am preluat eu psihoterapia, ea fiind încă în

spital. A început să găsească un rost acestui tratament, aşa încât i s-a putut face ieşirea din spital. Nu după mult timp, i s-a aprobat şi întreruperea tratamentului medicamentos.

Dna A. A început să înregistreze progrese semnificative în multe aspecte ale vieţii ei. Atacurile de anxietate au încetat timp de doi ani şi nu au mai survenit nici acele schimbări necontrolabile de dispoziţie. Pacienta era mulţumită de progresul realizat şi eu simţeam la fel. Totuşi, această situaţie a dus la o relaţie mai relaxată, eu „pedalând uşor” către o perioadă care anunţa terminarea unei terapii reuşite. Pe atunci raţionalizam această schimbare către o relaţie mai realistă şi mutuală pe baza convingerii mele reminiscenţe că, procedând astfel, relaţia de transfer ar putea fi mai uşor perlaborată şi terminată. Acum nu mai am această convingere. Era o reminiscenţă din munca mea anterioară ca lucrător social şi terapeut fără experienţă.

Ceea ce nu ştiam pe atunci era că pacienta era în pragul unui moment de criză în căsătoria ei. Acasă trăia într-o atmosferă încordată, deoarece soţul se baza pe dorinţa soţiei de a evita conflictele printr-o supunere docilă ia dorinţele şi cerinţele lui. În timpul terapiei, dna A. Şi-a dat seama că era în stare să se opună soţului, chiar dacă s-ar fi ajuns astfel la conflict, însă

acest progres intern crea presiuni pentru schimbarea vieţii conjugale. Se făcuseră aluzii la această problemă şi în trecut, însă am amânat o prezentare mai complexă a acestor dificultăţi maritale până am ajuns la această perioadă de lejeritate profesională, după cum am descris-o mai înainte.

PERTURBĂRI RECENTE ALE CADRULUI TERAPEUTIC*

Cam cu două luni înainte de şedinţa pe care o voi reda, dna A. Îl lăudase pe stomatologul ei (dr. X). Deşi presupunea parcurgerea unei distanţe mari până la cabinetul lui, ea se trata la acelaşi doctor de mulţi ani, deoarece era atent şi meticulos în munca lui. De curând, a reuşit să combine deplasările ei săptămânale pentru terapie cu vizitele la stomatolog, al cărui cabinet era vizavi de cabinetul meu de consultaţii.

Aici am căzut în satisfacţia unui contratransfer, deoarece eu însumi aveam nevoie de un bun dentist. M-am simţit tentat de recomandarea făcută de pacientă şi am rugat-o să-mi dea numele lui, deoarece şi eu căutam un dentist de nădejde. Dna A. Mi-a oferit numele acestuia, spunându-mi că era bucuroasă să-mi fie de ajutor. Spera să-i găsesc pe dr. X la fel de bun pe cât îl considera ea.

Comentariu. Vom vedea mai târziu o separare tipică între

plăcerea conştientă a pacientei când poate fi de folos şi indignarea inconştientă faţă de implicaţiile acestei cereri de a acorda *ea* atenţie nevoitor *mele*. Vom vedea, de asemenea, cum o excepţie duce la alta.

Cu două şedinţe înainte de cea prezentată, îi mai cerusem pacientei încă un serviciu. Dna A. Îmi vorbise de faptul că uneori nu reuşea să adoarmă şi în asemenea ocazii s-a dovedit foarte utilă o anumită bandă înregistrată cu muzică relaxantă. Banda se dovedise atât de eficientă încât încă nu ajunsese să o asculte până la capăt.

Am spus că m-ar interesa să ascult şi eu acea bandă. Dna A. Mi-a răspuns că-mi poate spune de unde mi-o pot procura. Apoi şi-a dat seama că-i sugerasem să-mi împrumute banda ei. A spus că probabil aş dori să o ascult înainte de a mă hotărî să o cumpăr. S-a oferit să o aducă săptămâna următoare. Soţul ar putea să-i facă o copie dacă ar fi avut nevoie să o folosească cât timp originalul era la mine.

Comentariu. Ascultarea mea s-a abătut complet de la pacientă. Ca şi în cazul anterior, când s-a făcut referire la dentistul ei bun, răspund ca un copil invidios. De fiecare dată când dna A. A spus că ea are ceva bun, am dorit şi eu din acel ceva şi am cerut pacientei să-mi asigure accesul la ceea ce

doream. Pacienta a perceput implicaţiile inconştiente de aici privind anumite dificultăţi pe care le-aş avea controlând ceva din mine însumi. Se întreabă dacă îi spun cumva că şi eu am probleme cu somnul, deoarece pare că îi cer ajutorul. Satisfacţia contratransferului meu este evidentă.

I-am mulţumit dnei A. Şi i-am acceptat oferta. La şedinţa următoare a adus banda şi ultimele ei cuvinte au fost; „Nu-mi dau seama de ce astăzi şedinţa nu s-a dovedit atât de utilă pe cât mă aşteptam”.

Comentariu. Nu răspunsesem încă eforturilor inconştiente ale pacientei de a-mi atrage atenţia asupra inversării rolurilor, iar faptul că am acceptat împrumutarea benzii, chiar şi după o săptămână în care puteam reflecta asupra implicaţiilor acestei acţiuni, a confirmat teama pacientei că nu îmi dădusem seama că a intervenit ceva greşit în terapie. Acest aspect mai demonstrează şi continua lipsă de vigilenţă în autosupervizare. Cuvintele ei de încheiere exprimă dezamăgirea faţă de şedinţă. Totuşi, de data aceasta, am observat îndemnul ei inconştient, iar la şedinţa următoare voi face uz de el.

ŞEDINŢA

Dna A. A intrat şi a luat loc. I-am dat înapoi banda şi i-am mulţumit că mi-a permis să o ascult. N-am mai făcut nicio

referire la ea, deoarece nu voiam să conduc la o discuţie despre bandă, – nici ea nu voia acest lucru. A pus banda pe masă între noi şi a lăsat-o acolo tot timpul şedinţei.

Supervizare interm. Lăsând banda pe masă, pacienta ar putea indica faptul că acesta rămâne încă un subiect de care ne putem ocupa.

Dna A. A continuat, arătându-mi o nouă Biblie pe care soţul ei tocmai I-o oferise la recenta aniversare a căsătoriei lor. Soţul ştia că era exact ce-şi dorea ea. M-am uitat la ea scurt şi i-am înapoiat-o, spunând că este cu siguranţă o Biblie frumoasă.

Supervizare internă. Încă mai sunt prins în relaţia cvasisocială pe care am început-o mai devreme. Pacienta demonstrează un răspuns prin clivaj. Foloseşte acelaşi mod de rupere a cadrului şedinţei, arătându-mi altceva spre aprobare şi apreciere. Putem specula şi faptul că dna A. A devenit preocupată de dorinţa mea de seducţie, din cauza neglijării limitelor profesionale uzuale, şi acesta ar fi un motiv pentru care îl aduce în discuţie pe soţul ei. S-ar părea că vrea să-mi amintească faptul că este o femeie căsătorită.

Dna A. A spus că avusese o săptămână groaznică şi nu-şi putea da seama de ce cu toate acestea, putuse să adoarmă bine în fiecare seară, cu excepţia celei din urmă. Îşi folosise copia

benzii relaxante, dar cu o seară înainte nu o folosise de teamă că nu s-ar putea trezi la timp şi şi-ar pierde şedinţa.

Supervizare internă. Pacienta s-ar putea să-mi reproşeze faptul că i-am provocat o noapte de nesomn. Ar mai putea fi aici şi dorinţa de a pierde şedinţa, dorinţă exprimată prin preocuparea legată de posibilitatea de a dormi prea mult.

Dna A. A spus că nu-şi putea aduce aminte ce se întâmplase cu o şedinţă înainte. A continuat spunând că a căzut în timpul săptămânii. S-a gândit, pentru un moment, că ar putea fi ceva legat de *ea*, *că* ar fi putut fi un leşin, dar, apoi şi-a dat seama că nu a fost un leşin. Se împiedicase de o dală prost pusă în pavaj: „Era foarte prost pusă şi periculoasă. Este într-adevăr periculos să laşi trotuarele în starea asta. Atâta lume se împiedică, iar unii se rănesc destul de serios, însă autorităţile găsesc întotdeauna modalităţi de a se absolvi de orice vină. Nu fac în continuare nimic pentru a remedia situaţia”.

Supervizare internă. Pacienta pare să comenteze comportarea mea recentă. Să fi introiectat propria mea poticneală? Să fi ajuns să fie interpretată în căzătura ei, întrebându-se la început dacă a fost din vina *ei* sau nu? Mai târziu şi-a dat seama că totul era în ordine în ceea ce o privea, căzătura datorându-se neuniformităţlior porţiunilor pe care

mergea ea. Aceasta pare să fie o referire inconştientă la neuniformităţile activităţii mele în ceea ce o priveşte, a eşecului meu de a păstra o bază sigură pentru terapie. Pacienta arată că această neuniformitate ar putea fi periculoasă. Temele continuă cu eschivarea de la asumarea vinei şi cu faptul că nu se întreprinde nimic în această privinţă. Dacă aceasta se referă inconştient la neuniformi ta tea activităţii mele recente, pacienta pare să-şi exprime teama că nu se va face nimic pentru a se pune lucrurile în ordine.

Dna A. A continuat, spunând că în weekend i s-a infectat rădăcina unui dinte din faţă, formându-i-se un abces care i-a dat cele mai rele dureri pe care le-a suferit vreodată. I-a telefonat dr. X. (dentistul), care i-a spus să vină imediat la cabinet. S-a dus la cabinet în acea zi de luni. El a examinat-o cu atenţie şi i-a spus că avea un abces, – însă dintele nu avea nimic, aşa încât trebuia să i se facă un tratament. Nu-şi dăduse seama ce se putuse întâmpla. E adevărat, a spus ea, că se dusese de curând la Casa de odihnă St. Mary, sperând că se va simţi mai bine la întoarcere, însă nu simţea nicio schimbare.

(Notă: Deoarece îmi dădusem seama că aceasta era o şedinţă importantă pentru terapie, am luat notiţe despre succesiunea clinică imediat după şedinţă. Mai departe, le voi

continua sub forma vorbirii directe – atât cât mi-am putut aminti. Citez din aceste note.)

Pacienta: Cât despre dr. X, spun doar asta: a făcut ceva ce doctorii din ziua de azi nu prea mai fac. Când este puroi undeva, cred că este mai bine să faci o incizie în abces sau orice altceva să ajuţi otrava să iasă, şi doctorul tocmai asta a făcut. A scos plomba, lăsând abcesul să se dreneze, iar acum mă simt mult mai bine. Mi-a dat şi penicilină, poate că ajută, dar pe mine întotdeauna mă stoarce de puteri. De multe ori doctorii îţi dau o pastilă, ceva, şi se aşteaptă să se rezolve problema doar cu atât.

Supervizare internă. Acum pacienta vorbeşte despre ceva îndeplinit temeinic, un caz în care rădăcina răului unei stări este tratată radical şi cu atenţie. Ea compară acest tratament cu alte moduri de a trata pacientul, neatent. Dna A. A menţionat că a căzut, apoi că i s-a format un abces, însă ea continuă să caute tratamentul corespunzător. Merită menţionat şi faptul că o întrerupere anterioară a cadrului şedinţei, referitoare la dentist, fusese lăsată în suspensie, aluzia la acest fapt apărând acum.

Comentariu. Dacă acest contrast este considerat ca referindu-se la terapie, nu e de mirare că mulţi terapeuţi nu sunt întotdeauna dornici să-şi vadă munca astfel reflectată de către

pacienţi.

Tempeutui. Cred că te referi la ceva ce n-a mers bine în şedinţele precedente. Săptămâna trecută ai venit aşteptându-te să mă ocup de ceva ce te deranjează. Ai plecat cu senzaţia că şedinţa nu ţi-a fost de folos.

Pacienta: N-am considerat că te-am criticat cu ceea ce am spus, însă bănuiesc că poate fi şi aşa. Nu pretind că aş fi prea pricepută la înţelegerea acestor lucruri

Supervizare internă. Pacienta este gata să ia în considerare faptul că poate m-a criticat. Vorbeşte despre ea ca nepricepându-se foarte bine la înţelegerea acestor lucruri. Aceasta ar putea fi o altă referire introiectivă la mine, ca la terapeutul care pretinde că poate înţelege aceste lucruri, iar ulterior eşuează.

Racienta. Am să vă spun nişte veşti bune. Deşi John (soţul) şi Anne (fiica) sunt încă destul de dificili, James (fiul) a fost de mare ajutor. Unei doamne în vârstă i s-a defectat ceainicul electric. L-a dus la atelierul de reparaţii unde i s-a spus că avea nevoie de un element de încălzire nou care ar costa 4 lire, în caz că i I-ar putea monta cineva, sau 10 lire, dacă I-ar lăsa la atelier.

(Notă; întâmplător, onorariul pacientei pentru o şedinţă

era tot 10 lire). Pacienta a continuat:

Doamna nu-şi putea permite să plătească atât, aşa că i I-a oferit lui Anne pentru târgul anual de caritate. James s-a oferit să se uite şi el la ceainic şi la scurt timp a venit cu el reparat. A văzut că firul electric era uzat şi trebuia înlocuit, de asemenea, priza era crăpată. A înlocuit cablul şi priza, iar ceainicul a fost reparat perfect. James îşi propune acum să verifice ce alte obiecte electrice pe care le are bătrâna doamnă ar putea avea cablul şi priza defecte şi periculoase. Ar fi putut avea loc un accident mortal.

Închipuieşte-ţi că cei de la atelier n-au văzut care e defecţiunea şi au returnat aparatul în starea asta! Tocmai ei ar fi trebuit să-şi dea seama. Bănuiesc că în ziua de azi sunt mulţi cei care nu-şi fac meseria cum trebuie. Doar stau şi-ţi iau banii şi nu le pasă de urmări.

Supervizare internă. Temele rămân aceleaşi – meserii făcute fără temeinicie, sunt ignorate nereguli care ar putea fi fatale – şi sunt referiri la mai multe nereguli care ies la iveală la o inspectare mai atentă; şi mai aflu despre oameni care (ar trebui să ştie mai bine, dar) eşuează în a depista defecţiunea. Întâmplător, sunt mai multe întreruperi în terapie, care încă nu

fuseseră abordate. Mai observ referirea la bani în asociaţie cu ideea de muncă superficială. Întrucât această şedinţă este ultima din lună, iar pacienta aşteaptă să primească chitanţa lunară, nu e greu de văzut că aici se referă la mine – în ipostaza celui care nu demult a stat degeaba în timpul terapiei.

Terdpeutul: îmi dai mai multe exemple de meserii necorespunzător practicate, din cauza celor care nu se străduiesc să afle ce nu este în regulă, spre deosebire de James care s-a ostenit să afle ce nu merge şi să remedieze acele defecţiuni care s-ar fi putut dovedi foarte periculoase, chiar fatale. Cred că te întrebi încă dacă îmi dau osteneala aici să-mi fac meseria bine sau stau degeaba luând banii fără să mă preocup serios de ceea ce nu e în ordine.

Pacienta. Ei bine, acum, că menţionezi acest aspect, m-am întrebat despre felul în care lucrezi. De exemplu, e ca o maşină; să zicem, un casetofon (şi se uită la banda de pe masă), care nu funcţionează bine, aşa că înregistrează numai parţial ceea ce se spune. Când reasculţi, sunt porţiuni atât de slab înregistrate încât nu pot fi bine auzite. De exemplu, să luăm vizita mea la St. Mary. Eu ştiu că ştii, cel puţin presupun că ştii, că asta e ceva important pentru mine şi totuşi nu mă întrebi nimic. Aş putea aştepta toată şedinţa să văd dacă mă întrebi, dar

nu o faci. Deci, nu sunt sigură că-ţi pasă cu adevărat. Pe de altă parte, am presupus că vrei să-mi laşi timp să spun ce altceva îmi mai trece prin minte. Dar câteodată întrebi. De exemplu, obişnuiai să te interesezi de starea piciorului meu după accident şi-mi ofereai un taburet pentru picior când trebuia să mi-l ţin cât mai ridicat.

Supervizare internă. Pacienta mi-a urmărit foarte îndeaproape modul de lucru, încercând să înţeleagă de ce lucram astfel. Mai ales, încerca să înţeleagă de ce sunt inconsecvent. Îmi indică banda ca făcând parte din ceea ce nu e în regulă. Continuă, dându-mi exemplul maşinii de ascultat, care nu funcţionează corespunzător. Există impresia puternică cum că acestea ar fi referiri derivate la golurile mele de atenţie, la recentele insuccese de a asculta corespunzător. Pacienta continuă, întrebându-se dacă îmi pasă. În exemplu, ea se referă la o perioadă când activitatea mea era cea potrivită, lăsându-i timp să spună ce o preocupa, dar încheie cu o altă referire la inconsecvenţa mea. Oferirea unui scăunel pentru picior este tot o îndepărtare faţă de relaţia terapeutică formală şi este menţionată împreună cu celelalte excepţii de la cursul normal, formal.

Terapeutul: Cred că cheia acestei situaţii este faptul că ai

trăit o stare de confuzie legată de neuniformitatea activităţii mele cu tine. O parte din tine doreşte să-i ofer o relaţie socială, – iar când o fac, o percepi cu bucurie ca atunci când ţi s-ar oferi taburetul pentru picior. Însă, în realitate, ai nevoie să rămân în rolul terapeutului în această relaţie. (Pauză.) Când am fost în mod mai clar terapeut, ai putut găsi un sens în ceea ce fac, atât timp cât sunt consecvent. Ceea ce a creat confuzie a fost trecerea mea de la relaţia de terapeut la aceea mai socială, iniţiind schimburi superficiale cu tine, cu rezultatul că nu am mai ascultat sau nu m-am mai preocupat în mod adecvat de probleme. Un exemplu în acest sens este împrumutarea benzii, care a devenit o nouă sursă de confuzie.

Pacienta: Trebuie să recunosc că am fost foarte surprinsă când ai spus că vrei să asculţi banda, însă m-am gândit că e plăcut să-ţi văd latura umană şi să-ţi fiu de folos. La urma urmei, în trecut mi-ai fost de mare ajutor.

Supervizare internă. Pacienta se simte liberă să-şi recunoască surpriza legată de comportarea mea, atunci când îi arăt că sunt pregătit să o consider şi eu aşa. Se înmoaie, totuşi, poate pentru a nu mă jigni, deoarece nu ştie cât de multă critică pot suporta.

Terapeutul: În acea ocazie nu ţi-am fost de ajutor, aşa

cum ai şi spus la sfârşitul ultimei şedinţe. La urma urmei, mi-ai spus de unde îmi pot procura banda, fără să te mai implic, în schimb, am preferat calea cea mai simplă de a o împrumuta de la tine. Aceea a fost o rupere a relaţiei noastre obişnuite aici şi s-a dovedit periculoasă pentru terapie, în caz că nu era recunoscută ca atare şi abordată corespunzător. Astfel, ca şi cu abcesul de la dinte, ar putea coace.

Pacienta. Aceea a fost altă ocazie când m-ai surprins: ai spus că dr. X. Trebuie să fie foarte bun dacă vin atâta drum la cabinetul lui, iar apoi mi-ai cerut numele lui. Era aşa de neobişnuit să-mi ceri acest lucru, dar iar m-am simţit bine că-ţi pot fi de ajutor.

Supervizare interm. Pacienta enumeră toate ocaziile când a simţit că mi-am ieşit din rol. Îşi exprimă surprinderea resimţită împreună cu plăcerea. Felul în care îşi exprimă plăcerea include şi recunoaşterea inconştientă a faptului că am transformat-o în persoana care să mă ajute pe mine, în terapeutul meu nerecunoscut.

Teml) cutul: Deci, avem mai multe ocazii când pot fi văzut schimbând rolurile cu tine, aflându-te în situaţia de a-ţi vedea propriile nevoi neglijate, în timp ce ţi se cere să te ocupi de ale mele. Ar puţea fi încurajator de comentat că sunt uman şi

că îmi poţi fi de ajutor, însă din punctul de vedere al terapiei s-a ajuns la o îndepărtare de motivele pentru care vii la şedinţe. Cred că din această cauză mi-ai vorbit despre oamenii care-şi fac meseria bine şi de cei care nu şi-o fac bine. Când mă plăteşti este ca să-mi fac munca de terapeut, cu grijă şi atenţie, – nu ca să stau degeaba într-o relaţie socială cu tine.

I-am înmânat chitanţa pe care a acceptat-o cu un zâmbet cunoscător, arătând că a înţeles ceea ce îi spusesem. Acesta a fost sfârşitul şedinţei.

Pacienta a revenit săptămâna următoare, simţindu-se liniştită de ceea ce întreprinsesem în şedinţa pe care tocmai am citat-o. A început să-mi vorbească despre starea căsătoriei ei, despre tensiunile din familie, menţionate scurt şi înainte, dar despre care nu se simţise sigură să le discute mai în profunzime. Dna A. A mărturisit că începuse să se întrebe dacă mai avea vreun rost să-şi continue terapia, însă acum se simţea uşurată constatând că era bine să o continue. Începea să gândească din nou pozitiv despre terapia ei.

Discuţie. Dna A. Demonstrează un grad de percepere a terapeutului care poate fi foarte deconcertant. Unii vor vrea să o considere neobişnuită, însă e posibil să fie tipică. Pacientul îşi va urmări terapeutul, fie în mod conştient (aşa cum vor arăta

unii pacienţi), fie inconştient. Dna A. Are o intuiţie puternică despre ceea ce ar trebui să fie cadrul sigur al unei terapii. Ea observă fiecare ocazie în care depăşesc limitele necesare psihoterapiei bazată pe promovarea insight-ului. Ea recunoaşte în mod inconştient implicaţiile de contratransfer ale acestor transgresiuni şi, în interesul propriei terapii, ea depune eforturi inconştiente persistente de supraveghere (Langs, 1978) pentru ca acestea să fie abordate şi rezolvate.

Atunci când în această secvenţă clinică alunecam într-o stare de „nevroză de contratransfer” (Racker, 1975), pacienta a trecut în rolul de terapeut inconştient al meu (Searles, 1975). Abia când am început să recunosc fisurile evidente ale tiparului terapeutic, am început să ascult aceste semnale ca o situaţie ce se impunea a fi rezolvată de urgenţă. Tocmai această constatare mă îndeamnă să-mi concentrez ascultarea mai degrabă pe ceea ce e derivat decât evident în comunicările unui pacient, în final ajungând la punerea în ordine a lucrurilor.

Când încep să-mi reiau rolul de terapeut, pacienta se simte destul de sigură pentru a-mi arăta şi alte devieri de la tiparul terapeutic obişnuit. Când şi acestea sunt rezolvate, ea se simte în stare să-şi reia terapia în sensul iniţial.

NOTE

1 Sunt îndatorat lui Langs pentru a mă fi îndemnat să cercetez mai atent această dimensiune a relaţiei terapeutice. El vorbeşte de „punctul de vedere interacţiona! de adaptare” şi fixează o schemă amănunţită şi sistematică pentru ascultare (Langs, 1978). Nu doresc să o descriu aici. Vreau doar să schiţez o atitudine de ascultare care include cunoaşterea percepţiei pacientului, legată de realitatea terapeutului, şi câteva răspunsuri la această realitate.

2 Relatarea clinică prezentată în acest capitol este un extras din lucrarea mea, *Potenfinlul rejlectiv al pacientului ca oglindă a terapeutului*, publicată în; James O. Raney (Ed.), *Listetiin and Interpretin*: *The Challene of the Work of Rohert Langs*, New York, Jason Aronson, 1984.

3 Marion Milner (1952) compară funcţia tiparului analitic cu rolul pe care îl arc rama tabloului în artă: „Rama marchează tipul diferit de realitate care se află înăuntrul ei faţă de ceea ce este în afara ei, – dar o ramă temporalspaţială marchează şi ea tipul special de realitate al şedinţei psihanalitice. Iar, în psihanaliză, existenţa acestui cadru face posibilă dezvoltarea completă a acelei iluzii creatoare pe care analiştii o numesc transfer” (p. 183).

4. FORME DE COMUNICARE INTERACTIVA

E un lucru remarcabil că inconştientul unei fiinţe umane poate acţiona asupra inconştientului alteia, fără a trece prin conştient.

(Freud, 1915, p. 194)

E

xistă momente când cea mai importantă comunicare din partea unui pacient este nerostită. Procesul supervizării interne al unui terapeut poate ajuta adesea la identificarea acestei dimensiuni interactive, astfel încât să devină inteligibilă. Pacienţii demonstrează limpede că dinamica implicată nu este doar teoretică, cum nu se restrânge nici doar la terapia analitică. Formele de comunicare ilustrate aici sunt universale. Prea adesea, ele nu sunt recunoscute sau sunt privite ca fiind confuze: atunci comunicarea rămâne nerecunoscută sau neînţeleasă.

COMUNICAREA PRIN IMPACT

Pacienţii se poartă adesea în asemenea moduri încât stârnesc în terapeut simţăminte care nu pot fi comunicate prin cuvinte. Am găsit util să comunic această formă de interacţiune sub denumirea generică de *comunicare prin impact*.

Ca un exemplu de bază, să luăm în considerare plânsul

unui bebeluş şi răspunsul mamei la impactul acestuia asupra ei. Acesta e unul dintre cele mai primitive moduri prin care o fiinţă umană acţionează asupra altei fiinţe umane, la rându-i producând reacţii. Răspunsul mamei la plânsul bebeluşului înseamnă, de obicei, să recurgă la intuiţia ei maternă, să simtă specificul acestui plâns anume. În acest scop, ea se va pune pe sine empatic în postura bebeluşului sau în postura propriei ei mame, pe când ea însăşi plângea într-un mod similar, pentru a distinge între natura unui plâns sau altul.

Terapeuţii sunt deseori expuşi în psihoterapie plânsetelor mute ale celor ce vin să fie consultaţi. Precum mama şi bebeluşul ei, terapeuţii trebuie să fie capabili să asculte în sine, să determine prin intermediul propriei experienţe de suferinţă (chiar dacă aceea a fost conţinută sau nu). Dacă terapeuţii insistă în dorinţa lor de a înţelege, chiar atunci când simt confuzia sau panica pe care unii pacienţi o pot induce în ei, vor apărea ocaziile când scopul inconştient ai acestor presiuni va deveni evident.

Unii pacienţi au nevoie să producă acest tip de efect asupra terapeutului, ca o modalitate esenţială de a comunica ceea ce, altfel, poate rămâne de nespus. Când un terapeut e capabil să înţeleagă scopul inconştient al comunicării prin

impact şi poate găsi modalităţi de interpretare care ajută la elucidarea înţelesului ei, atunci pacientul poate să simtă că cineva este într-adevăr în legătură cu el – chiar cu cele mai dificile simţăminte ale sale.

EXPERIENŢE LEGATE DE SENSIBILITATEA DE ROL

Înainte de a încerca să definesc acest concept, voi da un exemplu. *Comunicarea iticonştietttă evocată prin răspunsul terapeutului dat pacientului Exemplul 4*.1

Prima mea experienţă de a îndeplini rolul de supervizor faţă de alt terapeut a avut loc când tocmai m-am calificat ca psihoterapeut. O colegă îşi elibera presiunea psihică plângându-mi-se despre o anume pacientă a ei. Descria pacienta ca provenind dintr-o familie bună, cu părinţi care şi-au păstrat o bună căsnicie, care i-au asigurat tot ce ar fi avut nevoie în copilărie şi în educaţie. Totuşi, pacienta se plângea mereu de părinţi. Mi-a fost descrisă ca „persistent nerecunoscătoare”, încât terapeuta se simţea exasperată şi se întreba dacă va mai putea continua munca cu ea. Terapeuta nu vedea niciun motiv pentru plângerile pacientei.

Discuţie. Mi-am dat seama că e posibil să fiu martor al unui caz autentic de contratransfer de care pregătirea mea de

până atunci mă învăţase să mă feresc. Era posibil ca pacienta să fi devenit un obiect de transfer pentru terapeută, reprezentând un conflict nerezolvat al ei. Ceea ce ştiam despre terapeută mă făcea să cred că situaţia era posibilă: înţelesesem, din ceea ce povestea despre familia ei, că îşi socotea propriile fiice nerecunoscătoare, uneori.

Superficial, aşadar, părea că eu greu s-ar fi putut afla un exemplu mai clar de contratransfer, aşa după cum a fost descris prima dată de Freud (1910, pp. 144 – 145). Mi-am dat seama că şi colega mea se gândea la răspunsul ei faţă de plângerea pacientei ca la o problemă de contratransfer, de rezolvat în afara şedinţelor cu pacienta, lată poate motivul pentru care terapeuta îşi revărsa exasperarea asupra mea, pentru a nu o împovăra pe pacienta ei.

Oricum, după o perioadă de timp, a început să-mi fie limpede că ar fi fost posibil ca terapeuta să fi ratat o comunicare importantă prin intermediul acestei atitudini atât de regulat indusă în ea de pacienta în cauză. Cu cât mă gândeam mai mult la aceasta, cu atât deveneam mai convins că mai era ceva aici, pe lângă clasicul fenomen de contratransfer.

Poate că pacienta nu fusese capabilă să comunice despre ceea ce se plângea în privinţa părinţilor ei. În schimb, se pare că

ea *recrease w terapeuta ei* tipul de atitudine faţă de sine, pe care probabil o aveau părinţii săi. Poate că părinţii (asemeni terapeutei) fuseseră induşi în eroare de faptul că ei au asigurat, în mod corespunzător, totul pentru fiica lor, ba, mai mult, nu şi-au dat seama de modul în care au refuzat să afle de nevoite nesatisfăcute ale acestei copile nemulţumite. Pentru a comunica aceasta, pacienta s-ar putea să fi fost capabilă să stârnească rezonanţa de contratransfer în terapeuta ei, prin aceasta evocând *în ea* simţăminte şi atitudini similare celor ale părinţilor săi. Dacă acestea au fost cu adevărat o astfel de comunicare, ar fi putut fi o cale de a afla de la pacientă ceva din ceea ce evitaseră părinţii şi nu înţelesese nici terapeuta.

Aşa încât, în loc de a lua în considerare acest răspuns puternic al pacientei exclusiv ca pe ceva aparţinând altei etape din viaţa terapeutei (ceea ce într-un fel s-a întâmplat), ar fi putut fi interpretat şi ca o comunicare a unui aspect intangibil al relaţiei ei cu părinţii, de care se plânsese. Părinţii se separaseră de această pacientă la fel de mult cum urma să o facă terapeuta. Probabil, ca răspuns la nevoia imperioasă a pacientei de a transmite acest aspect, terapeuta se implicase într-o rejucare inconştientă a părinţilor reclamaţi. În lucrarea *Contratransfer* 51 *sensibilitatea de rol*, Sandler (1976) a descris mai târziu acest

proces ca „actualizare”.2

După ce am discutat această posibilitate cu colega mea, ea a fost capabilă să recunoască în acest caz comunicarea interactivă, de care nu-şi dăduse seama înainte, şi a început să-şi asculte pacienta în mod diferit. Procedând astfel, ea a devenit mai puţin rezervată faţă de pacientă şi mai puţin prizonieră a propriilor simţăminte de intoleranţă faţă de ea. Heimann (1950) şi Littie (1951) au subliniat că răspunsurile emoţionale ale terapeutului faţă de pacient pot conţine indicii valoroase privind comunicarea inconştientă a pacientului. Sandler (1976) a ilustrat felul cum analistul poate fi implicat într-o interacţiune comportamentală. În *Contratransfer şi sensibilitatea de rol*, el scrie:

Cred că asemenea „manipulări” sunt o parte importantă a relaţiilor de obiect în general… în transfer, în modalităţi subtile, pacientul încearcă să-i stimuleze pe analist să se poarte într-un anumit fel şi inconştient examinează şi îşi adaptează percepţiile la reacţiile analistului (p. 44).

E CU atât mai important, deci, să distingem acea parte a răspunsurilor terapeutului care oferă indicii despre comunicarea inconştientă a pacientului de ceea ce aparţine personal

terapeutului. Pentru a opera această distincţie, la vremea episodului clinic relatat, am sugerat distincţia dintre „răspunsul de diagnostic” şi „contratransferul personal” (Casement, 1973).

Plictiseala ca formă de comunicare

Exemplul 4.2

De câteva luni, în cursul unei îndelungate analize, m-am surprins în mod regulat simţindu-mă plictisit de un anumit pacient. Tacit, am cercetat starea cât mai temeinic pentru a vedea dacă simţămintele mele erau doar un contratransfer personal faţă de pacientul meu, ca obiect transferenţial, gândindu-mă aici la contratransfer în sensul descris de Reich (1951). Dar, chiar şi după această autoexaminare, simţămintele mele de plictiseală au continuat să survină în multe din şedinţele cu acest pacient.

Când am urmărit această plictiseală mai îndeaproape, am ajuns să recunosc că reacţionam la faptul că pacientul nu interacţiona cu mine. Părea că-şi vorbeşte sieşi, ca şi cum n-aş fi fost prezent; dar asta nu era totul. Pacientul mă trata ca fiind prezent fizic, dar absent emoţional. El presupunea că nu eram interesat, deşi acesta nu era felul în care simţeam de obicei despre el. Am putut vedea atunci că natura raportării sale la mine era identică cu cea faţă de o persoană al cărei interes nu-l

putea capta sau care nu era dornic să se implice. Acest fapt mi-a oferit un indiciu nou.

Ceea ce m-a tulburat a fost o imagine clară a acestui pacient din vremea când fusese internat într-un spital de boli mintale. Mi-a povestit că mama sa obişnuia să-i viziteze regulat. Ea pretindea că era preocupată de starea lui şi totuşi continua să întrebe de ce fiul ei trebuia să rămână în spital. (El ar fi fost lăsat acasă dacă părinţii ar fi fost pregătiţi să-i îngrijească.)

Internarea pacientului în spital se datora unei depresii prelungite şi agitate. Aceasta, la rândul ei, a fost puternic activată de promptitudinea familiei în a strânge rândurile împotriva acestui copil, care începuse să simtă că viaţa nu merita să fie trăită. Părinţii nu dădeau semne că sunt pregătiţi să stabilească o legătură cu el sau să se lase sensibilizaţi de depresia şi disperarea pacientului – sau de nevoia lui de a fi lăsat acasă, în loc de a fi lăsat internat într-un spital de boli mintale, pe termen indefinit, până ar fi urmat să se simtă „mai bine”. Părinţii doreau să ignore motivul principal al rămânerii fiului lor în spital. Acest motiv era că fiul n-ar fi avut alt loc de reîntoarcere decât acasă, unde părinţii simţeau că n-ar fi fost în stare să facă faţă stării lui cronice.

Cu această amintire reactivată ca indiciu, am început să

mă întreb dacă pacientul meu ar putea repune în scenă cu mine raportarea stearpă pe care o avusese, atât de des, pe când era internat în spital. El vorbise spre mama *lui*, care abia dacă îl asculta. Mama lui, la rându-i, vorbise *spre* el mai mult decât *cu* el.

Când am început să-mi redirecţionez ascultarea la pacient, în acest nou context, am putut recunoaşte multe alte indicii care confirmau această impresie. Am devenit capabil să-i arăt pacientului felul cum îmi vorbea, ca şi cum nu s-ar fi aşteptat să fiu cu adevărat interesat sau gata să iau în serios orice spunea. M-am întrebat dacă aceasta era la fel cu ceea ce avusese loc în timpul vizitelor mamei la spital, vizite care păreau să fie lipsite de sens.

O dată ce am fost în stare să interpretez această stare de gol în transfer, pacientul a început să-mi vorbească şi să se raporteze la mine într-un fel care devenea (pentru prima dată) investit cu înţeles. Transferul a încetat să fie o relatare superficială, precum aceea faţă de mama prezentă fizic, dar absentă emoţional. În schimb, pacientul a început să se raporteze la mine ca la cineva prezent atât emoţional, cât şi fizic, iar eu am încetat de a mai fi indispus de plictiseală, atunci când eram cu el.

O EXPERIENŢĂ DE IDENTIFICARE PROIECTIVĂ

Deşi m-am străduit să înţeleg conceptul de identificare proiectivă din ceea ce am citit despre el, aşa cum îl prezintă Klein (1946) şi Segal (1964), de exemplu, n-am reuşit să-i înţeleg clinic până când nu am fost beneficiarul direct al acestei forme particulare de comunicare interactivă. Voi da, din nou, un exemplu înainte de-a încerca să conceptualizez dinamica ilustrată.

Exemplul 4.3

Mi s-a cerut să consult un cuplu, dl. Şi dna T, din cauza frigidităţii soţiei. Ambii aveau în jur de treizeci de ani. În ultimii cinci ani, dna T. Fusese incapabilă să accepte actul sexual datorită a ceea ce ea descria ca „durere ginecologică". Faptul a cauzat mult stres în căsnicia lor, iar riscul separării cuplului devenise serios.

Examenul şi testele medicale nu au evidenţiat nimic, dar doctorul care i-a recomandat a menţionat că dna T. Fusese sterilizată cu trei ani în urmă. El se întreba dacă aceasta putea să fi lăsat aderenţe post-operatorii. Oricum, ginecologul era de părere că era inutilă redeschiderea cicatricei operaţiei, deoarece ar fi produs probabil noi aderenţe. Nu avea cum să fie mai bine.

La prima consultaţie, i-am văzut pe dl şi dna T, împreună,

fiind anunţaţi ca un cuplu ce venise pentru a fi ajutaţi în dificultăţile din căsnicie. Dl. T. A participat puţin la consultaţie. Dna T, pe de altă parte, mi-a spus povestea ei. Erau căsătoriţi cam de 10 ani, cunoscându-se cu mulţi ani înainte. Şi-au petrecut primii cinci ani făcându-şi o casă şi decorând-o, pregătindu-se să înceapă o familie.

După această introducere, dna T. Mi-a relatat despre cei doi copii. Avuseseră un fiu şi o fiică. Apoi mi-a povestit detaliile dureroase ale descoperirii că era ceva în neregulă cu primul copil. La şase luni a început să ţipe mereu până când era sedat. L-a alăptat şi I-a îngrijit nouă luni, până când a murit. La acea vreme, dna T. Era gravidă în luna a şaptea cu al doilea copil.

După ce a asistat la funeraliile fiului său, dna T. Se „simţea înlăcrimată, dar se abţinea”. De atunci nu mai plânsese niciodată. Se simţea doar fără putere de reacţie. Al doilea copil, o fată, s-a născut şi ea aparent normală. A murit zece luni mai târziu, din cauza aceleiaşi afecţiuni cerebrale congenitale ca şi fratele ei. După acest eveniment, dna T. A fost sfătuită să se sterilizeze.

Supervizare internă. Ceea ce era mai impresionant, în timpul istorisirii acestei succesiuni teribile de durere şi pierderi,

era că faţa şi tonul dnei T. Rămâneau înlemnite şi fără viaţă. Chiar şi când vorbea de boala copiilor şi de moartea lor lentă, ea nu trăda niciun sentiment. Însă, propriile mele sentimente, pe când o ascultam, mă copleşeau. Plângeam, pur şi simplu, pe dinăuntru.

Mi-am cercetat propria reacţie. Ştiam că sunt impresionat de orice relatare a morţii unui copil. Era o problemă de contratransfer personal legată numai de mine? Trebuia să iau în considerare aspectul ca o posibilitate reală. Dar, cercetând în continuare, am început să-mi dau seama de ce eram atât de afectat. Dacă dna T. şi-ar fi plâns propriile lacrimi, eu nu m-aş mai fi simţit atât de copleşit. Ceea ce a produs acest efect asupra mea era incapacitatea ei de a-şi exprima propriile sentimente.

Din nou am apelat la conceptul provizoriu de răspuns de diagnostic. Am postulat (pentru mine) că durerea intolerabilă a pierderii celor doi copii în acest fel, urmată de sterilizare (pierzând orice şansă de a mai avea propriii copii) au însemnat prea mult pentru ea. Pentru a supravieţui acestor teribile experienţe, probabil că ea a convertit durerea fizică datorată lor într-o durere ginecologică. Poate că acest simptom continua să exprime, somatic, sentimentele refulate legate de acele pierderi insuportabile, atât de mult asociate cu acea parte a corpului ei.

Dna T. A făcut mai mult decât să-şi proiecteze sentimentele în mine. Ea *m-a făcut* să simt ceea ce *ea* nu putea suporta încă să simtă lăuntric, în mod conştient. Iar modalitatea acestei proiecţii nu era imposibil de identificat. Am putut vedea că propria absenţă a emoţiei ei fusese ceea ce avusese cel mai mare impact asupra mea. Ca rezultat, am simţit concret lacrimi care nu-mi aparţineau deloc.

După recunoaşterea acestui răspuns în mine, am fost capabil să-i atrag atenţia dnei T. Asupra acestui aspect. I-am spus că ceva ciudat avusese loc în timpul şedinţei. Îmi relatase detaliile experienţei sale cu cei doi copii, fără a manifesta sentimente legate de eveniment. Eu, pe de altă parte, m-am simţit copleşit până la lacrimi *Je parcă aş JS fost îţi locul ei*. Mi-a replicat că simţea frecvent nevoia de a vorbi despre moartea copiilor, dar oamenii au implorat-o să n-o mai facă pentru a nu fi afectaţi, cam la fel cum am fost şi eu. Ea se baza mult pe faptul că nu simţea nimic în legătură cu aceste experienţe. Probabil ar fi prea dureros. În schimb, ea s-a păstrat activă, ocupându-şi mintea cu alte lucruri.

Discuţie. Am fost sigur că dna T. Putea fi ajutată să-şi simtă propriul plâns lăuntric. Poate că, dacă ea ar fi fost capabilă să plângă cu adevărat, deschis, n-ar mai fi simţit nevoia de a

continua să-şi păstreze suferinţa corporală. Cursul ulterior al scurtei terapii a confirmat din plin această impresie de diagnostic. Deoarece a reuşit să suporte să ia contactul cu durerea fizică anterior refulată, durerile ginecologice au început să pălească. Era capabilă să intre în procesul de doliu a ceea ce fusese atât de mult amânat.

IDENTIFICAREA PROIECTIVĂ CA FORMĂ DE COMUNICARE

Din nefericire, nu e uşor de aflat un înţeles clar al identificării proiective doar din literatura de specialitate, deoarece acest concept a fost complicat cu diversele utilizări care i s-au dat. Oricum, datorită experienţei de mai sus şi altora asemănătoare, am început să recunosc clinic o parte din ceea ce se cunoaşte despre identificarea proiectivă – cum se produce şi scopul ei inconştient.

Una dintre utilizările identificării proiective pe care mulţi o experimentează clinic (fie că ştiu sau nu) este o formă a comunicării afective. Aceasta e relevantă în special când ceea ce este comunicat se află dincolo de cuvinte, fiind legat de experienţe inexprimabile sau de experienţa preverbală.

Pentru ca terapeuţii (şi cei din profesiunile de ajutorare) să fie capa bili să răspundă terapeutic când întâlnesc această

formă de comunicare inconştientă, mă voi strădui să clarific acest aspect particular al identificării proiective. Nu voi discuta celelalte forme aici, deşi mă refer pe scurt la ele în notele de la sfârşitul capitolului. Descrierea mea va fi de aceea incompletă, dar cred că va fi destul de clară pentru a încuraja terapeuţii să recunoască importanţa şi implicaţiile acestei dinamici interacţionale cheie. Cu ajutorul acestei înţelegeri, devine posibilă conţinerea unor pacienţi care altfel ar putea rămâne fără ea. În lipsa ei, înţelegerea sentimentelor de stres ale celui ce ajută ar putea fi greşită, iar unii pacienţi nu ar găsi ajutorul pe care îl caută. Aceasta rezultă frecvent în împrejurări ratate pentru mai buna înţelegere a pacienţilor în stres.

Găsesc că e util să ne gândim la identificarea proiectivă ca la o formă mai puternică de proiecţie. E binecunoscut faptul că, atunci când operează o proiecţie (simplă), cel care proiectează dezmoşteneşte aspecte ale sinelui pe care le atribuie altuia. Evidenţa acelei proiecţii este, de obicei, observată în interacţiunea diferită a celui care proiectează cu cealaltă persoană (sau cu lumea externă), în termenii a ceea ce a fost proiectat. Altfel, recipientul sau observatorul poate să fie neprevenit în legătură cu proiecţia operatoare. Ceea ce este primordial aici este nevoia celui care proiectează de a

dezmoşteni un anumit aspect al lui însuşi.

Când identificarea proiectivă este folosită *ca o jormă de comunicare afectivă*, cel care proiectează simte nevoia (de obicei, inconştientă) să facă o altă persoană conştientă asupra a ceea ce este de comunicat şi să i se răspundă. În mare, secvenţa este următoarea. (1) cel care proiectează trăieşte sentimente de nestăpânit, aşa cum poate simţi un bebeluş, (2) există o fantasmă inconştientă care atribuie această stare afectivă de nestăpânit altei persoane, cum ar fi mama, spre a scăpa de ea sau pentru a o controla, – (3) există o presiune interacţională, precum plânsul unui bebeluş, cu scopul inconştient de a o face pe *cealaltă* persoană să aibă aceste sentimente în locul bebeluşului sau al pacientului, (4) dacă această comunicare prin identificare proiectivă reuşeşte să implice cealaltă persoană, e creată o rezonanţă afectivă în recipientul ale cărui sentimente preiau o „asemănare” bazată pe identificare. Această identificare afectivă poate apoi fi gândită ca fiind produsă proiectiv de către cel care proiectează şi introiectiv de către recipient.

Există numeroase şi diferite rezultate posibile ale acestei strădanii inconştiente. Dacă recipientul este deschis impactului comportării interacţionale sau altor presiuni nonverbale din partea celui care proiectează, se realizează comunicarea

afectivă. Ceea ce este comunicat poate avea de-a face cu orice stare afectivă care este resimţită ca de nestăpânit de către cel care proiectează: nelinişte acută, neajutorare.

frică, furie, atac insolent asupra sinelui etc. Sentimentele comunicate sunt resimţite de recipient.

Deci, este nevoie (pentru a face posibil un răspuns terapeutic) ca recipientul, mama sau terapeutul, să fie capabil să suporte contactul cu aceste sentimente mai bine decât bebeluşul sau pacientul. Când acest răspuns e găsit, sentimentele de nestăpânit înainte devin controlabile. Devin mai puţin terifiante decât înainte, deoarece acum o altă persoană le-a resimţit şi e capabilă să le tolereze. Cel care proiectează poate lua înapoi acele sentimente, acum mai uşor de stăpânit, – şi, odată cu acestea, poate prelua ceva din capacitatea recipientului de a tolera contactul cu sentimente dificile. Speranţa inconştientă, implicată în folosirea identificării proiective drept comunicare, întâlneşte astfel un răspuns terapeutic din partea mamei sau a terapeutului.

Totuşi, această speranţă inconştientă nu e realizată totdeauna. De exemplu, dacă recipientul rămâne impermeabil faţă de această încercare de comunicare sau eşuează în

recunoaşterea presiunilor interactive ca formă de comunicare, nu va exista un răspuns terapeutic. Atunci, cel care proiectează simte proiecţia ca fiind aruncată înapoi, iar sentimentele de nestăpânit pe care le-a proiectat rămân de necontrolat. La fel, dacă recipientul resimte (dar nu poate suporta să fie supus la) sentimentele proiectate, cel care proiectează va simţi recipientul ca pierzându-şi echilibrul datorită a ceea ce e proiectat, iar sensul acestor sentimente ca fiind de nestăpânit este confirmat traumatic. În locul împlinirii speranţei inconştiente se va produce o nouă stare de neajutorare şi disperare (Bion, 1967b, cap. 9). În capitolul 7, prezint o secvenţă clinică care ilustrează mai extins aceste aspecte.

COMUNICAREA PRIN COMPORTARE DEFENSIVĂ

O cale de a te feri de durerea de a fi prost tratat este de a te identifica cu agresorul şi de a trata altă persoană într-un mod similar, inducând astfel în altcineva durerea nedorită a acelei experienţe (A. Freud, 1937). Există momente când un pacient va recrea inconştient în terapeut sentimente care aparţin trăirii în cauză şi de care pacientul caută „să scape” în acest fel. De aceea, nu numai stările afective de necontrolat sunt stârnite în terapeut cu ajutorul comportării de impact, aceasta poate include aspecte ale trăirilor insuportabile ale pacientului. (Kleinienii ar

considera şi aceasta ca pe o formă a identificării proiective.)

Dacă un terapeut recunoaşte când este supus acestei forme de presiune interactivă din partea unui pacient, deseori este posibil să se găsească un indiciu al comunicării inconştiente în propriul răspuns afectiv la comportarea pacientului (vezi, King, 1978).

Exemplul 4.4

Un pacient, în timpul etapelor de început ale analizei, a observat că îmi folosisem biblioteca (parte integrantă a camerei de consultaţii). Căutam referinţe pentru o lucrare şi nu făcusem ordine după ce scosesem cărţi şi reviste de pe rafturi.

Pacientul a spus că n-ar putea trăi cu cărţile lui în asemenea dezordine. El şi-ar fi păstrat toate cărţile în ordine şi se întreba cum puteam suporta rafturile astfel, zi de zi.

În acea seară, m-am gândit la dilema în care am fost pus. Doream să-mi pun ordine în rafturi, dar, dacă aş fi procedat direct aşa, pacientul putea simţi că el m-a determinat să le pun în ordine şi eu nu mă simţeam în largul meu, deoarece ar fi fost ca şi cum aş fi executat cuminte ce mi se spusese să fac. Desigur, puteam evita senzaţia stânjenitoare lăsând lucrurile cum au fost, şi, totuşi, doream să fac ordine în rafturi.

O perioadă m-am simţit paralizat de această problemă

aparent minoră. Singura soluţie era să fac ceea ce mi se părea logic. Am aranjat cărţile, dar, când am ajuns la revistele pe care nu terminasem să le consult, a apărut un element al aceleiaşi dileme Din nou, am făcut ce-mi convenea. Am lăsat revistele, încă neconsultate, aşezate peste cărţile din rafturi.

Când pacientul a venit la o nouă şedinţă, s-a uitat la schimbările de pe rafturi. După ce s-a gândit o vreme, a izbucnit cu un ton al vocii nemaiauzit la el înainte; „PATETIC!” După o clipă de tăcere, a mers mai departe. Credea că n-aş fi putut afla un compromis mai ridicol. Spunea că dacă nu doresc să par că execut ordinele ar fi fost mai bine să fi lăsat rafturile cum erau. Poate că aşa îmi plăcea să le ţin. Dacă, pe de altă parte, doream acum să le pun în ordine, de ce naiba n-am terminat treaba? Aşa cum era, a încheiat el, lăsasem nişte reviste nearanjate ca „pe un gest asumat de independenţă”. De ce n-am făcut ce doream să fac?

Supervizare internă. Gândindu-mă la perceperea de către pacient a ceea ce el remarcase ca un compromis al meu, mi-am dat seama că fusesem într-o situaţie de dublă legare după ultima lui şedinţă (Bateson et al, 1956). Aceasta părea insolubilă, până când am ales să rezolv problema în singura modalitate care îmi permitea să rămân liber. Am făcut ce-mi convenea, lăsând

nearanjate revistele cu care mai lucram. Pacientul s-a aşteptat să rămân în situaţia de dublă legare, incapabil de vreo rezolvare. El presupunea, de asemenea, că nu puteam să-mi permit să fac ce-mi doream.

Am început să înţeleg semnificaţia acestei interacţiuni. Devenea limpede, în scurta perioadă a analizei de până acum, că acest pacient fusese în mod regulat dublu legat de către mama sa, iar el nu fusese capabil să găsească o cale de ieşire din paralizia pe care această comportare i-o impunea.

I-am spus că problema consta din situarea în această poziţie de dublă legare şi că fusesem conştient de dilema privitoare la aranjarea rafturilor. Avea dreptate presupunând că voiam să le aranjez, dar el presupunea, de asemenea, că eu fusesem incapabil să fac ceea ce doream. Credeam că această presupunere se datora faptului că el nu fusese în stare de multe ori să facă faţă unor situaţii similare provocate de mama sa. El nu găsise o ieşire făcând ceea ce „el" dorea să facă.

Pacientul a recunoscut cele descrise de mine. A spus că mama lui era probabil „cea mai dublu legată mamă din toate timpurile". Orice făcea el, mama găsea întotdeauna o cale de a spune că totul e rău. El n-a găsit niciodată vreo modalitate să-i facă faţă. A fost de acord că procedase faţă de mine aşa cum

obişnuia să procedeze mama cu el, dar nu şi-a dat seama că găsisem o cale de a face faţă acestei duble legări în care mă aflam.

I-am spus că încă mai aveam nevoie de revistele care nu fuseseră aranjate, de aceea le-am lăsat la îndemână. În acelaşi timp, am vrut să pun restul în ordine şi m-am bucurat că am fost îndemnat să o fac.

Ceea ce a urmat ne-a ajutat să vedem că pacientul mă testa inconştient. S-a simţit uşurat să vadă că mă simţeam dublu legat. Se gândea, de asemenea, că nu întâmplător alesese ca temă dezordinea. Mama lui îl punea adesea să facă ordine şi curăţenie, – şi niciodată nu reuşea s-o mulţumească. Totdeauna rămânea ceva pentru care mama îl critica, oricât de atent sau scrupulos era.

Discuţie. În cadrul acestei interacţiuni inconştiente, pacientul procedează faţă de mine la fel cum mama sa procedase faţă de el. (Comportarea defensivă consta, aici, din identificarea cu agresorul.) Prin răspunsul meu la presiunile sale am simţit ceva din ceea ce simţea el, de obicei, datorită mamei. Aceasta m-a ajutat să recunosc felul în care el se simţise în copilărie din cauza mamei. Pacientul a fost apoi capabil să descopere că şi el poate să decidă ce are sens, fără a mai rămâne mereu paralizat,

încercând să-şi mulţumească mama veşnic nemulţumită. Astfel, el a început să se separe de ea, fapt la care nici nu îndrăznise să se gândească înainte.

UN RĂSPUNS DE CONTRATRANSFER LA UN STRES IMINENT ÎN ANALIZĂ *Exemplul 4.5*

o pacientă, care se apropia de o criză în timpul analizei, şi-a exprimat teama de „a se sfărâma în bucăţi sau de a înnebuni" şi cum ar fi putut rămâne mereu vulnerabilă din cauza unei astfel de experienţe. De asemenea, se putea să nu-şi mai revină vreodată de pe urma ei.

Fără să-mi dau seama atunci de ce, am acţionat pe baza unui impuls de contratransfer – intenţionând să ajut prin aceasta pacienta să găsească curajul de a nu evita ceea ce-i provoca frica. Din greşeală, i-am spus că descoperisem o forţă durabilă care se născuse în mine din curajul de a mă confrunta cu cele mai adânci spaime ale mele, chiar cu acelea de a mă sfărâma în bucăţele sau de a înnebuni.

Pacienta mi-a citit comentariul (la un anumit nivel foarte corect), ca exprimându-mi propria anxietate inconştientă. A dedus că o avertizam să nu continue această experienţă în analiză.

Supervizare internă. Desigur, ar fi fost cu mult mai bine

dacă aş fi continuat să analizez anxietatea pacientei legată de faptul dacă o puteam ajuta ca să treacă prin experienţa de care se temea. Recurgând la această procedură non-analitică, am eşuat în a o susţine analitic în acel moment.

Acum, total aparte de orice implicaţii transferenţiale pentru pacientă, se pare că ea va avea nevoie de mine pentru a o ajuta cu temerile ei bazate pe realitate. La următoarea şedinţă, mi-a confirmat clar această nevoie.

Pacienta. Am avut un vis teribil: *Urcam pt un munte într-o cabină de teleferic*. *Deodată*, [telefericul] *s-a stricatei s-a oprit*. *Eram imobilizată la jumătatea urcuşului pe munte*, *incapabilă să urc sau să cobor Eram împotmolită*. *Ce era mai rău era că u*) *a cabinei continua să se legene deschisă*. *Era toată din sticlă*) *i* cm *ramă de metal – rama unui toc de fereastră*.

Supervizare internă. Aflam de călătoria pacientei ameninţată din cauza a ceva care s-a defectat. Rămăşiţa diurnă la care se referea în acest vis era evidentă: exista o uşă legănându-se deschisă, iar rama cabinei era din sticlă (prea transparentă). Rama descrisă de ea este (în Anglia) denumită „rama ferestrei”.

Mi-am amintit imediat de cadrul analitic şi de ceea ce-i

spusesm despre mine în încercarea de a-i comunica că eram familiarizat cu tipul de experienţă de care se temea. Am înţeles că aceasta era acum cauza temerii sale faţă de analiză.

Analistul: Nu pot să nu recunosc referirile la ceea ce ţi-am spus despre mine şi că-mi este cunoscută experienţa de sfărâmare în bucăţi. Aceasta n-a ajutat. În schimb, faptul dacă pot sau nu face faţă la ceea ce poate urma în analiză te-a făcut anxioasă – atât de anxioasă, încât te întrebi dacă mai e cazul să continui analiza cu mine sau nu.

Pacienta: Simt că mă avertizezi să nu merg mai departe cu acea experienţă. De fapt, cred că-mi spui că s-ar putea să nu-mi faci faţă. Probabil, chiar te simţi ameninţat şi simţi nevoia de a mă avertiza să nu continuu. Dar nici eu nu mă mai pot întoarce.

Ce a urmat în timpul acestei şedinţe şi în următoarele a fost o perioadă de anxietate acută, pacienta trebuind să-mi verifice şi să-mi reverifice capacitatea de a o susţine analitic, indiferent de ce ar mai fi urmat în analiza ei. Au urmat o serie de şedinţe foarte înspăimântătoare pentru ea, în timpul cărora, până la urmă, chiar s-a simţit „sfărâmată în bucăţi”. De asemenea, a visat că temeliile ei se sfărâmă, ca după un cutremur. Dar ea n-a

retrăit această experienţă din copilărie a dezintegrării decât după ce am îndeplinit lucrul analitic necesar asupra visului ei, care arăta aşa de limpede implicaţiile pentru ea ale încercării mele de a o reasigura şi necesitatea de a recupera susţinerea mea analitică a pacientei.

A

Discupe. În această secvenţă, trebuia să accept că provocasem ceea ce a urmat în analiză. Dar nu cred că aceasta justifică totul. Pacienta indicase deja că există o criză mocnind în ea. Mai târziu, când pacienta a simţit că se sfărâmă în bucăţi în timpul analizei, nu mai era nicio îndoială că ameninţarea simţământului temeiniciei ei era legată de ceea ce am introdus în analiză, prin elementul nechemat al autoexpunerii. Cu toate acestea, nu cred că această pacientă ar fi fost capabilă să-şi continue analiza dacă ce a urmat ar fi fost în întregime provocat de fisurarea cadrului analitic, care prin păstrarea de obicei a anonimatului relativ al analistului previne intruziunea în procesul analitic. Experienţa de care îi era groază aparţinea, de asemenea, de experienţa ei de viaţă timpurie şi trebuia trăită în timpul analizei înainte ca ea să aibă de-a face cu „frica de prăbuşire" (Winnicott, 1970).

Comentariu. Am observat că de multe ori, şi cu pacienţi

diferiţi, am ajuns în situaţii similare celei de mai sus. Fără îndoială că un anumit contratransfer operează întotdeauna când deviez un pacient sau încerc să-i reasigur, mai ales că ştiu foarte bine că acest lucru nu este eficient. Şi, totuşi, de ce continuă să se întâmple?

Mi-am amintit pe neaşteptate, în ultima şedinţă, când pacienta mi-a povestit visul ei cu cutremurul, că auzisem de curând despre zone în lume unde cutremurele sunt ceva obişnuit. Se pare că s-a remarcat că acolo animalele încep să se comporte straniu, câinii latră şi gâştele sâsâie, puţin înainte de declanşarea cutremurului. E ceva obişnuit ca, în aceste regiuni, să fie strânşi copiii şi duşi la loc deschis (pentru siguranţă), în caz că există ameninţarea unui cutremur.

Probabil, o funcţie similară e realizată de contratransfer. Dar, în acest caz (şi în altele), am pierdut momentul recunoaşterii. Mă gândesc acum că impulsul de reasigurare nu este numai o indicaţie pentru precauţie. Câteodată poate fi şi un semnal timpuriu al unei experienţe de felul cutremurului, care poate fi iminentă în analiză sau terapie. Deci, dacă am putea asculta acest impuls al reasigurării, precum acei oameni care răspundeau la avertismentele timpurii recepţionate de la

animale, am fi mai bine pregătiţi pentru ce ar urma.

O altă întâlnire cu inconştientul interactiv, pe care doresc s-o descriu, trimite la conceptul lui Winnicott despre utilizarea de către pacient a eşecurilor analistului. El scrie despre aceasta în mai multe lucrări (de exemplu, Winnicott, 1958, cap. 22,1965b, cap. 23).

UN EŞEC AL TERAPEUTULUI ŞI ISTORIA TRECUTĂ A PACIENTULUI *Exemplul* 4.6

O terapeută se întâlnea de trei ori pe săptămână cu o pacientă în psihoterapie. Pacienta (pe care o voi numi drag.) fusese traumatizată în copilărie de absenţele repetate ale mamei, aflată în spital datorită unui cancer, iar apoi (la vârsta de patru ani) de moartea mamei.

De la începutul acestui tratament, terapeuta a fost intens solicitată de nevoite emoţionale intense ale pacientei, chiar dacă drag. Absenta deseori de ia şedinţă, şi, pentru mult timp, tăcerea ci de la începutul şedinţelor a exercitat o presiune enormă asupra terapeutei de a vorbi ea cea dintâi.

În această fază a tratamentului, terapeuta a ascultat îndeaproape ceea ce gândea ea şi simţea, în timpul acestor tăceri sau absenţe inexplicabile Şi-a dat seama că nu ştie ce i se întâmplă pacientei şi (în câteva ocazii) chiar s-a întrebat dacă o

va mai vedea vreodată pe drag.

După o perioadă de timp, terapeuta a început să se întrebe dacă pacienta o făcea să aibă o senzaţie de abandon şi incertitudine, similară celei simţită probabil de drag. În timpul absenţelor mamei, aflată în spital, şi după moartea ei. Acesta este un alt exemplu de comunicare prin impact, terapeuta răspunzând puternicelor efecte cauzate asupra ei de absenţele şi/sau tăcerile pacientei.

Ascultând la ceea ce pacienta o făcea să simtă în acest fel, terapeuta a reuşit să-i interpreteze drei G. Cât de nesuportat trebuie să fi fost când a fost lăsată atât de des în această stare de a nu şti ce i se întâmpla mamei ei, precum şi ce s-a întâmplat mai târziu când n-a mai văzut-o deloc. Pacienta a fost capabilă să recunoască, pas cu pas, că aceasta avea înţeles pentru ea. O ajuta, de asemenea, să-şi depăşească tăcerile lungi din timpul şedinţelor, deşi, în momentele de adâncă disperare, ar fi recurs din nou la întârzieri (sau absenţe), neştiind dacă acestea ar fi înţelese de terapeută drept semne de suferinţă.

Comentariu. Putem vedea aici cum drag. A fost capabilă să comunice sentimente care erau dincolo de cuvinte, dar care fuseseră auzite şi înţelese datorită impactului pe care I-au avut asupra terapeutei. Terapeuta a utilizat bine cunoştinţele ei despre

dinamica identificării proiective, iar pacienta a continuat terapia chiar în momente de foarte mare disperare. Terapeuta a înţeles şi cât de important era pentru drag. Ca ea (terapeuta) să fie în mod regulat prezentă pentru şedinţe, fie că pacienta venea sau nu. Regularitatea, încrederea şi continuitatea au fost menţinute cu grijă de către această terapeută pentru pacienta sa.

Într-o dimineaţă, terapeuta nu s-a trezit la timp [pentru şedinţă]. Pacienta a sosit devreme, la cabinet, pentru şedinţa de dimineaţă, doar pentru a se afla exclusă. A rămas în faţa uşii încuiate până la sosirea omului de serviciu. Pentru restul şedinţei, a rămas sub supravegherea acestui om de serviciu, care îşi exprima îngrijorarea deosebită faţă de absenţa terapeutei, deoarece era „atât de neobişnuit pentru ea să nu fie acolo”. Inevitabil, drag. A simţit că ceva foarte serios trebuie să se fi întâmplat. Poate fusese un accident. Poate terapeuta era în spital Poate că murise.

Discuţie. Experienţa de separare a pacientei şi nevoia ei tot mai intensă de mama absentă ajunseseră foarte legate în mintea sa. Astfel, după moartea mamei, drag. A început să creadă că intensitatea nevoii sale de mamă putea fi cauza deciziei de a pleca şi, în final, de a muri. Chiar în terapie a apărut o dramatică repetiţie a aceleiaşi secvenţe, ceea ce

demonstra clar fantasma ei că s-ar putea ca tocmai dependenţa şi nevoia ei să fi „cauzat” absenţa persoanei de care depindea, fiind probabil bolnavă sau decedată.

Este straniu cum această terapeută a produs inconştient un adevărat eşec în terapia care era atât de aproape de experienţa traumei din copilăria pacientei. Cum se face, atunci, că uneori eşuăm cu un pacient chiar dacă încercăm atât de serios să n-o facem? Când se întâmplă aşa, se poate compromite întreaga relaţie terapeutică. Şi, totuşi, când un pacient e confruntat cu o problemă reală de acest fel şi poate fi sincer supărat pe terapeut în prezent, aceasta poate reprezenta, în mod egal, o experienţă pivotală în terapie.

Se poate ca orice recreare a unei traume anterioare în terapie să apară parţial printr-o interacţiune între contratransfer şi sensibilitatea de rol. Totuşi, Winnicott (1965b) vorbeşte de o nouă dimensiune a acestei interacţiuni inconştiente:

Provizia corectivă nu e suficientă niciodată. Ce ar putea fi destul pentru ca unii dintre pacienţii noştri să se vindece? La sfârşit, pacientul utilizează greşelile analistului, chiar pe cele mărunte, probabil manevrate de pacient… şi noi trebuie să ne consolăm cu faptul că ne aflăm într-un context limitat neînţeles.

Factorul operativ este acela că acum pacientul îl urăşte pe analist pentru eroarea care a apărut iniţial ca un factor de mediu, în afara ariei de control atotputernic al bebeluşului, dar care este *acum* pusă în scenă în transfer. Aşa încât, până la sfârşit, avem succes prin eşec – eşuarea în adoptarea căii pacientului. Aceasta e o distanţă lungă de la simpla teorie a curei prin experienţa corectivă (p. 258).

Mai târziu, în legătură cu propriul pacient din această lucrare, Winnicott adaugă:

Nu trebuie să eşuez în aspectele tratamentului care privesc grija pentru copil şi grija pentru bebeluş, până la un stadiu mai târziu când *ea mă va face să eşuez* în moduri determinate de propria ei istorie (pp. 258 – 259).

S-ar putea ca drag. Să o fi forţat inconştient pe terapeută să eşueze „în moduri determinate de propria ei istorie”. Astfel, într-o vreme când era sensibilă şi susţinută consistent în relaţia terapeutică (cu reamintiri inconştiente ale unei relaţii de susţinere care existase înainte cu mama ei), această terapeută s-a implicat într-o eşuare reală a pacientei sale. Natura acestei eşuări avea o asemănare terifiantă pentru pacientă cu trauma din copilăria ei. Ea trăia constant, în prezent şi cu terapeuta ei, mânia obliterantă care aparţinea traumei originare.

Pacienta a fost capabilă să găsească în această experienţă o ocazie reală de *a folosi* terapeuta ei pentru a o reprezenta pe mama care „eşuase” cu ea, şi care, în mod inexplicabil, a izolat-o prin absenţă. Putea acum începe să-şi atace terapeuta cu cele mai puternice sentimente provenite din acea timpurie (şi această prezentă) eşuare, terapeuta supravieţuind acestor atacuri de ură îndreptate împotriva ei.

În lucrarea sa *Folosirea unui obiect* şi *relajiomrea prin identificare*, Winnicott (1971, cap. 6) subliniază faptul că cheia acestei supravieţuiri este de aflat în descoperirea pacientului că analistul (sau terapeutul) are o putere care nu e „creată” de fantasmarea sau proiecţia pacientului drag. A putut începe să-şi schimbe fantasma inconştientă că propria ei furie la absenţele mamei ar fi cauzat decesul ei, prin supunerea terapeutei la cele mai intense sentimente ale ei legate de acea absenţă a terapeutei care (până la urmă) nici nu s-a răzbunat, nici nu a cedat, ci a supravieţuit.

ASPECTE VARIATE ALE CONTRATRANSFERULUI

Dacă presupunem, aşa cum procedez aici, că există un nivel de comunicare atins printr-o sensibilitate interactivă între pacient şi terapeut, e esenţial să existe modalităţi de a distinge

între diferitele tipuri de răspuns dat pacientului.

S-a scris mult despre acest aspect. Totuşi, nu mă voi strădui să ofer o trecere în revistă sistematică a literaturii despre contratransfer. Aceasta a fost făcută temeinic de către alţii e Vreau doar să subliniez câteva din modalităţile diferite prin care contratransferul a fost explicat prin scris, în special acele modalităţi care aruncă o lumină asupra exemplelor de mai sus.

(1) Contratransferul poate fi văzut ca „un rezultat al influenţei pacientului asupra sentimentelor inconştiente [ale doctorului]" (Freud, 1910, p. 145), motiv pentru care analistul trebuie să folosească autoanaliza pentru a le rezolva sau căuta ulterior ajutor analitic.

(2) M. Balint (1933) (în Balint, 1952, cap. 12) şi A. Reich (1951) au subliniat amândoi, de asemenea, faptul că sunt momente când un analist trăieşte *un răspuns trans/erenţial* către pacient. Aceasta poate să se petreacă atunci când un pacient ajunge să reprezinte unele aspecte nerezolvate ale unei relaţii semnificative din viaţa timpurie a analistului sau a terapeutului; şi aceasta va ameninţa munca terapeutică cu pacientul, dacă nu e rezolvată ulterior printr-o autoanaliză a terapeutului.

(3) Winnicott, în incitanta sa lucrare. *Ură în contratransfer* (1958), se referă la un contratransfer cu adevărat

obiectiv. De pildă, el spune:

Una dintre sarcinile importante ale analistului oricărui pacient este de a menţine obiectivitatea cu privire la tot ceea ce aduce pacientul şi un caz special al acesteia este nevoia analistului de a urî pacientul în mod obiectiv (p. 196).

Şi adaugă mai târziu:

Ura analistului există latent şi se păstrează uşor aşa. În analiza psihoticilor, analistul este sub o mare tensiune pentru a-şi păstra ura latentă şi nu poate acţiona ca atare decât fiind deplin conştient de această stare. Vreau să adaug că în anumite stadii ale unor analize, ura analistului este căutată de pacient şi ceea ce este de dorit atunci este ura care este obiectivă. Dacă pacientul caută ura justificată sau obiectivă, trebuie să fie în stare să ajungă la ea, altfel nu poate simţi că e în stare să atingă iubirea obiectivă (p. 199).

(4) Paula Heimann (1950) a accentuat partea de „contra-„a contratransfeailui, observând-o ca răspuns al analistului la transferul pacientului. Ea sublinia că „răspunsul emoţional al analistului faţă de pacient, în cadrul analitic, reprezintă unul din cele mai importante mijloace ale muncii sale. Contratransferul analistului e un instrument de cercetare a inconştientului pacientului” (p. 81). Mai apoi, ea continuă;

Aş sugera că analistul şi atenţia sa liberă din timpul lucrului necesită o sensibilitate emoţională liber trezită, astfel încât să urmeze mişcările emoţionale şi fantasmele inconştiente ale pacientului. Presupoziţia noastră de bază este că inconştientul analistului înţelege inconştientul pacientului. Acest raport de adâncime apare la suprafaţă sub forma sentimentelor pe care analistul le notează ca răspuns către pacientul său, în „contratransferul” său. Acesta este cel mai dinamic mijloc prin care vocea pacientului se face auzită terapeutului (p. 82).

(5) Pearl King, în lucrarea sa *Răspunsul afectiv al analistului la comunicările pacientului* (1978), încearcă să se elibereze de diferitele utilizări confuze ale contratransferului:

De aceea e de o importanţă crucială să distingem între contratransfer, ca fenomen patologic, şi răspunsul afectiv al analistului la comunicările pacientului, în particular la formele variate pe care le ia transferul pacientului (p. 330).

CE APARŢINE CUI?

Cu ceea ce sunt de acord cei mai mulţi autori, în moduri diferite, este faptul că terapeuţii sunt afectaţi de impactul pacienţilor asupra lor, fie că este unul provocat de personalitatea pacientului, fie de transferul pacientului sau de felul de a fi al acestuia. Deseori, răspunsul terapeutului la acest impact poate

indica ceva în legătură numai cu terapeutul. Uneori, pot exista, de asemenea, elemente ale comunicării inconştiente din partea pacientului. Nu poate fi definit întotdeauna rigid drept contratransfer sau nu, drept patologic sau nu.

O dată ce este acceptat faptul că poate exista o comunicare interactivă între pacient şi terapeut, apar imediat un număr de probleme tehnice. Aş vrea să mă concentrez asupra problemelor legate de întrebarea: „A cui patologie acţionează în fiecare moment, a pacientului sau a terapeutului, şi cum le putem distinge pe una de cealaltă?"

Chiar după o analiză personală, orice terapeut este încă predispus să folosească drept apărări proiecţia şi refuzul [realităţii], mai ales când se află sub presiune. Aşa încât, primul pas trebuie să fie monitorizarea sentimentelor proprii, în oricare interacţiune terapeutică, pentru detectarea contratransferului personal. Chiar dacă acesta poate fi declanşat de ceva legat de pacient, un terapeut trebuie să accepte ceea ce îi aparţine lui. Următorul pas este de a determina dacă un pacient îl provoacă pe terapeut să caute sau să răspundă într-un anumit fel, şi, dacă da, cum şi în ce scop inconştient ar putea fi?

REZONANŢA TERAPEUTULUI LA PACIENT

Receptivitatea unui terapeut la comunicarea inconştientă

a pacientului devine manifestă prin rezonanţa sa la presiunile interactive. Această rezonanţă rezultă printr-un amestec între ceea ce este personal al terapeutului şi ceea ce provine de la pacient. Cât de sensibil la pacienţi poate fi un terapeut, la acest nivel interactiv de sentimente comparat cu înţelegerea cognitivă, va depinde de două lucruri legate în particular de terapeut.

În primul rând, terapeutul are nevoie de acces la aceste rezonanţe inconştiente, acoperind cât mai mult posibil o gamă largă de sentimente. Terapeuţii nu trebuie să rămână limitaţi la propriile experienţe, la felul lor de a fi şi de a simţi. E posibil ca fiecare persoană să poarte în sine potenţialul de a simţi toate sentimentele şi de a rezona la toate experienţele, oricât de straniu sau alienant ar putea fi acest lucru pentru şinele lor conştiente, dar, ori de câte ori există arii nerezolvate de refulare sau de continuu refuz [al realităţii], vor continua să existe sentimente care rămân amorţite şi insensibile la un anumit nivel. Mărirea gradului de rezonanţă empatică a terapeutului este un câştig major pentru analiză, şi acesta trebuie să fie un proces continuu.

În al doilea rând, fiecare terapeut trebuie să înveţe să fie deschis „alterităţii” celuilalt – fiind gata să simtă orice sentiment care provine din contactul cu o altă persoană, oricât de deosebită

e acea persoană de el însuşi. Identificarea empatică nu e suficientă, deoarece poate limita terapeutul la observarea a ceea ce este familiar sau similar cu experienţa sa personală. De aceea, terapeuţii trebuie să-şi dezvolte o deschidere către şi un respect pentru sentimentele şi experienţele care sunt total deosebite de ale lor. Cu cât este mai mare libertatea pe care o au de a rezona „cheilor” nefamiliare sau „armoniei” disonante ale celorlalţi, cu atât va creşte receptivitatea lor la aceste indicii interactive inconştiente, care sunt deseori decisive în înţelegerea pacienţilor.

O TRECERE ÎN REVISTĂ A EXEMPLELOR

În exemplele date, putem observa diferite amestecuri între ceea ce aparţine terapeutului şi ceea ce provine de la pacient.

Terapeuta care se plângea de un pacient nerecunoscător era conştientă de o asemănare între pacientă şi fiicele ei. Această conştiinţă a îndemnat-o să fie precaută, dar această precauţie a şi inhibat-o. Când a putut recunoaşte că rezonanţa ei la nerecunoştinţa pacientei era un răspuns la ceva provenind de la pacientă, a putut începe să vadă că atitudinea ei faţă de pacientă ajunsese să fie similară cu aceea a părinţilor pacientei.

Plictiseala mea, în cazul celui de-al doilea pacient, nu s-a

risipit, oricâte motive am căutat în mine însumi. Când am recunoscut o asemănare între relaţia analitică şi interacţiunea golită de conţinut din existenţa timpurie a pacientului, am fost capabil să înţeleg sentimentele pe care pacientul le stârnea aşa de frecvent în mine.

Când am consultat femeia ai cărei copii muriseră, intensitatea sentimentelor mele poate că mi-ar fi putut aparţine numai mie. Totuşi, din nou, contribuţia pacientei la răspunsul meu (în absenţa sentimentelor ei) m-a făcut să am încredere că există şi o comunicare inconştientă prin evocarea acelor sentimente din mine.

Cel de-al patrulea exemplu, în timp ce făceam ordine în rafturile cu cărţi, e deosebit. Am fost pus în situaţia în care nu puteam face bine în ochii pacientului. Aici, sentimentul era de a fi fost prins în cursă sau paralizat, ceea ce m-a ajutat să recunosc că pacientul m-a manevrat inconştient în aşa fel încât, oricum aş fi procedat, să nu scap criticii – ridicolului chiar Aveam o bănuială că pacientul se identifica cu mama sa, plasându-mă în situaţia resimţită de el în copilărie. A fost posibil să explorez această posibilitate doarâmpărtăşindu-i pacientului perceperea acelei experienţe şi cum stabilisem să o rezolv.

Un factor pe care aceste patru exemple îl au în comun

este că putem identifica, în fiecare, o oarecare contribuţie a pacientului la răspunsurile terapeutului. Acest lucru e important, deoarece, dacă vedem ce evocă aceste răspunsuri pentru pacient, suntem pe un teren mai sigur când postulăm că poate exista o anumită comunicare care e transmisă prin intermediul acestei comportări interactive.

În al cincilea exemplu, când am încercat să reasigur pacienta, am răspuns clar unei anxietăţi inconştiente în legătură cu ceea ce ar avea loc în analiza acestei paciente. Aceasta ar fi putut fi mai bine anticipată dacă aş fi recunoscut elementul de diagnostic în răspunsul meu de contratransfer faţă de pacientă. Conştient, m-am simţit bine echipat şi pregătit pentru ce urma. Inconştient, am răspuns precum acele animale care simt un cutremur iminent.

Ultimul exemplu e mai complicat. Dintr-un punct de vedere, faptul că terapeuta nu s-a trezit la timp [pentru şedinţă] poate fi interpretat simplu ca o transpunere în act împotriva pacientei. Nu trebuie să ignorăm această posibilitate. Oricum, impresia mea este că devine mai plină de înţeles când e considerată şi ca un exemplu de comunicare interactivă. Găsesc

afirmaţiile teoretice ale lui Winnicott despre utilizarea de către pacient a eşecurilor analistului ca fiind convingătoare, dar recunosc că ar fi greşit pentru orice terapeut să se ascundă în spatele lor ca o modalitate de a nega propria contribuţie la eşecurile întâlnite într-o terapie sau analiză.

PROBLEMA INTENSITĂŢII

O idee interesantă, se pare omisă de alţi autori, apare din această noţiune de comunicare interactivă. Dacă e drept să ne gândim la pacienţi folosind comunicarea prin impact sau identificarea proiectivă, ca mijloc prin care inexprimabilul îi parvine terapeutului, atunci vor exista momente când sentimentele implicate urmează să fie foarte intense. Câteodată, *intensitatea* poate fi punctul central al comunicării. Deci, se vor afla ei înşişi în ipostaza de a trăi sentimente de o intensitate similară.

În contrast cu aceasta, Heimann (1950) descrie opinia mai comună atunci când spune:

Întrucât… emoţii violente de orice fel, de iubire sau de ură, de neajutorare sau răzbunare, îndeamnă spre acţiune mai mult decât spre contemplaţie şi înceţoşează capacitatea unei persoane de a observa şi cântări corect evidenţa, rezultă că, dacă răspunsul emoţional al analistului este intens, îşi va înfrânge

obiectul… Sensibilitatea emoţională a analistului trebuie să fie mai degrabă extensivă decât intensivă, diferenţiatoare şi mobilă (p. 82).

Experienţa mea cu pacienţii m-a dus la dezaprobarea acestui punct de vedere. Analistul sau terapeutul trebuie să înveţe să tolereze contactul cu emoţiile violente aşa încât să nu „treacă la acţiune”, mai degrabă decât să-şi înăbuşe aceste sentimente. Chiar când capacitatea pentru contemplare sau observaţie clară e înceţoşată, trebuie căutată comunicarea posibilă, pentru că numai atunci claritatea gândirii va fi recuperată.

FOLOSIREA CORECTĂ ŞI GREŞITĂ A CONTRATRANSFERULUI ÎN INTERPRETARE

Unii terapeuţi interpretează aproape direct din propriile sentimente legate de pacient; dar, dacă un terapeut îi spune unui pacient (de exemplu) „Mă faci să mă simt…”, aceasta poate sugera că toată responsabilitatea pentru ceea ce simte terapeutul este atribuită pacientului.

La fel, e neînţelept să expunem pacientul la probe de autoanaliză, când se încearcă să se înţeleagă (sau să se explice) unele interpretări greşite, sau altă activitate care deranjează, de

către terapeut. Aceasta ar trebui să f\e problema personală a terapeutului. De aceea, Heimann (1950) spunea că nu trebuie să existe confesiune a analistului faţă de pacient. Oricum, ea afirma limpede:

Emoţiile trezite în analist vor fi valoroase pentru pacientul lui dacă sunt folosite ca o sursă în plus de insight în conflictele şi apărările inconştiente ale pacientului (pp. 83 – 84).

Margaret Littie, pe de altă parte, consideră că sunt împrejurări când poate fi un beneficiu major pentru un pacient dacă analistul e deschis în legătură cu *unele* din sentimentele sale; în ultima fază a analizei, când capacitatea de obiectivare a pacientului e deja crescută, analistul trebuie să fie în special atent faţă de manifestările contratransferului, şi pentru oportunităţile de a-l interpreta, fie direct sau indirect, după cum şi când pacientul i-l relevă. Fără acesta, pacienţii pot eşua în a recunoaşte obiectiv o bună parte din comportarea parentală iraţională, care a fost un factor atât de puternic în dezvoltatrea nevrozei, pentru că, oricum, analistul se comportă ca părinţii şi ascunde faptul, aici este punctul la care continuă refularea a ceea ce altfel poate fi socotit inevitabil (p. 38).

Exemplele de mai sus ilustrează câteva situaţii în care o onestitate precaută în legătură cu sentimentele evocate de un

pacient poate facilita procesul terapeutic. Acest fapt nu va fi resimţit ca fiind atât de intruziv dacă putem identifica contribuţia pacientului la aceasta, ca, de pildă, în exemplul 4.3, unde i-am vorbit pacientei despre plânsul suprimat.

Totuşi, când nu este clar încă dacă există o comunicare reală dinspre pacient în răspunsurile terapeutului, pacientul nu ar trebui să fie încărcat cu dovada nedorită a ceea ce simte terapeutul. Pot ilustra acest fapt cel mai uşor din exemplul 4.2. Acolo, nu am considerat potrivit să-i spun pacientului că mă simţeam plictisit. Deci, mai degrabă decât să interpretez direct, pornind de la contratransfer (fapt care e întotdeauna neindicat), am fost capabil să ascult mai atent, şi, din acea nouă atenţie crescută, am putut începe să recunosc golul relaţiilor care acţionase atât de puternic asupra mea pentru a evoca această plictiseală.

Există un principiu sănătos, conform căruia contratransferul n-ar trebui să tulbure procesul analitic, dar aceasta nu trebuie să ne descurajeze de a ne folosi rezonanţa la pacient pentru a ajuta ascultarea ulterioară. Orice interpretare ulterioară, care e bazată pe comunicarea interactivă, trebuie să fie legată de câteva indicii identificabile de la pacient, pe care el le poate recunoaşte când se face caz de ele. Când nu putem

identifica aceste indicii, aceasta arată, de obicei, că nu există încă o bază pentru interpretare dacă se recurge doar la răspunsurile terapeutului date pacientului.

NOTE

t. Ceva mai devreme, în aceeaşi lucrare, Freud (1915) doreşte să facă o distincţie între. – „folosirea cuvintelor ’conştient şi ’inconştient, uneori în sens descriptiv şi alteori în sens sistematic, în care cel de-al doilea semnifică includerea în sisteme particulare şi posesia unor caracteristici certe” (p. 172). Mai încolo, el afirmă: „Probabil ne poate fi de ajutor la propunerea de a folosi, la orice nivel în scris, abrevierea Cs pentru conştient şi *Ucs* pentru ce este inconştient, când folosim cele două cuvinte în sens sistematic” (p. 172).

2. O descriere similară a acestui proces e dată de Wangh (1962), în care el vorbeşte de „evocarea unei proxy”.

3. Identificarea proiectivă, în ipostaza de concept, este utilizată variat pentru a descrie aspecte ale unei dezvoltări psihice timpurii a bebeluşului (Klein, 1952, Segal, 1964), o formă primitivă de comunicare (de exemplu, Bion, 1967b) şi pentru descrierea proceselor psihotice (Rosenfeid, 1965, – Bion, 1967b). Sunt conştient de accentul pe care kleinienii îl pun pe clivaj, ca fiind implicat în identificarea proiectivă, dar eu nu

include aceasta în discuţia prezentă a acestui concept. Identificarea proiectivă e folosită, de asemenea, diferit de către kieinieni şi alţi analişti, aşa cum e discutată de către Grotstein (1981) şi Ogden (1982).

4. Rosenfeid (1971) distinge între identificarea proiectivă, folosită pentru comunicare, şi identificarea proiectivă, folosită pentru evacuarea din sine a părţilor nedorite. El adaugă o a treia folosinţă a acesteia, unde pacientul psihotic încearcă să controleze mintea şi corpul analistului. El subliniază că aceasta pare să se bazeze pe un tip infantil de relaţie de obiect. El accentuează, de asemenea, că aceste trei tipuri de identificare proiectivă există simultan la pacientul psihotic şi că e important să nu ne concentrăm doar la una dintre formele acestui proces când avem de-a face cu psihotici. (Mă limitez aici la a considera folosirea identificării proiective de către non-psihotici.)

5. Conceptul de „dublă legare" a fost propus iniţial de Bateson et al (1956). Este folosit pentru a descrie o situaţie în care cerinţe contradictorii sunt exercitate asupra unui copil (sau pacient, vezi, Laing, 1961), astfel încât nu există o cale de a scăpa sau de a înfrunta situaţia (vezi, Rycroft, 1968).

6. *Casement frame*, în engleză, în original. A se nota că numele de familie al autorului este „Casement", deci, pacienta

se referă inconştient ia terapeutul ei, respectiv ia autorul acestei cărţi. [N. Ed.]

7. Lucia Tower (1956) dă un exemplu similar, în lucrarea sa *Contratransjerul*, în care menţionează că a uitat de şedinţa cu un pacient. Aceasta a obligat-o să recunoască faptul că iritarea ei refulată faţă de pacient a fost menţinută printr-o formaţiune reacţionată de „infinită răbdare”. Ea adaugă că un contratransfer negativ denegat poate uneori rezulta într-o „structură negativă de contratransfer, virtual o nevroză de contratransfer de scurtă durată”, dacă altceva nu precipită rezolvarea lui pe care a provocat-o propria ei transpunere în act împotriva pacientei (p. 238).

8. Vezi, de pildă, Orr (1954), Kemberg (1965), Laplanche & Pontalis (1973,1994, trad. Rom), Sandier, Dare & Holder (1973), Epstein & Feiner (1979).

5. ASCULTAREA DIN PUNCT DE VEDERE INTERACŢIONAL O PREZENTARE CLINICĂ

A

I

n capitolul anterior, am dat exemplul unei terapeut care a repus în scenă un element traumatic din copilăria unei paciente

(drag., în exemplul 4.6); această punere în scenă a fost posibilă datorită răspunsului inconştient al terapeutului la indiciile inconştiente provenite de la pacientă. Voi da aici o ilustrare mai detaliată dintr-o analiză, în care, pe parcursul secvenţei raportate, a ieşit în evidenţă o dinamică similară.

Mai folosesc această secvenţă clinică şi ca o ilustrare în plus a folosirii supervizării interne. Voi urmări procesul analitic pe trei nivele: (1) dialogul analitic – ce a spus pacienta şi ce am spus eu, succesiv, în fiecare şedinţă, (2) supervizarea internă – ce am gândit eu, în şedinţă, şi cum am ajuns la fiecare intervenţie, (3) revizuirea-comentariu a ceva despre care mi-am dat seama ulterior că am trecut cu vederea la fiecare punct ai şedinţei. Multe dintre aceste revizuiri mi-au venit în minte în timp ce luam note după fiecare şedinţă. Am ales această săptămână acum pentru a lua note mai complete decât de obicei, deoarece ştiam că, în mod curent, aveam dificultăţi cu această analiză şi încercam să-mi dau seama ce se întâmplă.

Vom vedea că am făcut mai multe greşeli în această secvenţă, greşeli care, la acea vreme, păreau inexplicabile. Treptat, am început să recunosc şi să răspund la indiciile inconştiente ale pacientei, care m-au ajutat să recuperez susţinerea analitică în terapie. Ziua următoare, pacienta a folosit

în mod surprinzător această recuperare, retrăind în şedinţă o traumă foarte timpurie. Cu revizuirile acestea, unele dintre acele „greşeli” au putut fi înţelese dintr-o perspectivă dinamică diferită.

FUNDALUL ŞEDINŢELOR CE URMEAZĂ A FI PREZENTATE’

Dna B. Era în al treilea an de analiză. (Această pacientă a mai fost menţionată în capitolul 1, exemplul 1.5.) Avea în jur de treizeci de ani când a început tratamentul, nefiind de mult căsătorită. A născut curând după aceea un băieţel, numit aici Peter, cu şase luni înaintea săptămânii descrise. Înainte de a fi gravidă, analiza s-a centrat pe un accident care a survenit când dna B. Avea unsprezece luni. S-a opărit, în timp ce mama era ocupată altundeva, şi a suferit grave arsuri. Această experienţă a fost perlaborată în mod repetat în timpul analizei, în vise şi în multe şedinţe, însă a rămas ca o amintire care nu era readusă niciodată în mod conştient.

După naşterea fiului ei, dna B. A devenit în mod normal preocupată de rolul de mamă, accidentul deplasându-se în mare măsură pe fundalul analizei; începând să se simtă mult mai bine, a sugerat să renunţăm la şedinţele de vineri. Peter începea să fie înţărcat şi (după cum se părea). La fel, şi mama. Dna B. Mi-a

mai spus că îi oferea lui Peter libertate, pentru a fi în stare să se distanţeze de ea – stându-i totuşi în preajmă în caz de nevoie. Prin urmare, când părea anxioasă la gândul de a renunţa permanent la a cincea şedinţă, m-am întrebat dacă nu îmi cerea să-i ofer o flexibilitate asemănătoare. Rezultatul a fost o înţelegere de compromis. Am fost de acord să-i rezerv timpul şedinţei de vineri, timp de o lună sau două, perioadă în care se putea lămuri asupra programului de patru şedinţe pe săptămână. Apoi, când dna B. S-a arătat preocupată dacă n-aş vrea să folosesc acel timp pentru un alt pacient, i-am spus că-l voi folosi pentru mine însumi, pentru lectură. Părea mulţumită şi recunoscătoare pentru această ofertă, – dar, de îndată ce a început să vină mai rar, anxietatea ei s-a intensificat. Săptămâna pe care o voi prezenta acum este a patra cu această frecvenţă redusă de şedinţe.

Revizuire. Putem vedea cum am întrerupt procesul analitic în mai multe moduri. În loc să analizez această anxietate nerezolvată, legată de renunţarea la şedinţă, m-am prezentat în rolul de mamă bună, făcând posibil un înţărcat uşor Aceasta pare să mulţumească pacienta, însă e foarte clar că mai degrabă îmi satisface o nevoie de-a mea. Pacienta mă îndeamnă să revin asupra ofertei mele. S-ar putea ca ea să indice inoportunitatea

acestui aranjament flexibil, însă cu eşuez în recunoaşterea acestui indiciu. În schimb, îmi raţionalizez oferta, spunându-i cum intenţionez să-mi folosesc timpul de vineri. Astfel, îi ofer temeiuri valide pentru a gândi că doresc şi eu o relaxare de la orarul şedinţelor cu ea.

SECVENŢA CLINICĂ *Luni*

Pacienta începe şedinţa spunând că a avut un sfârşit de săptămână

amestecat. Simţea că poate nu este încă pregătită să renunţe la şedinţa de vineri. (Pauză.) Avusese două vise. În primul: o *fată avea grijă de o pisică ce născuse un pisoi*. *Ajutase pisica la naştere*, *iar pisoiul zăcea acum într-o baltă de sânge*. *Pisoiul era prea slab ca să supravieţuiască* ji *a murit*. În asociaţiile făcute de ea, dna B. Mi-a spus că avea o prietenă a cărei fiică avea acelaşi nume cu fata din vis. (Eu o voi numi Emma.) „Emma are un pisoi alb. Pisoiul ăsta are o zgârietură care nu se vindecă”. Spunând aceasta, dna B. A devenit foarte tulburată. (Pauză.)

Supervizare internă. Pacienta pare să se identifice cu pisoiul din vis. Observ referirile la „prea slab ca să

supravieţuiască" şi „o zgârietură care nu se vindecă". Observ, de asemenea, că preocuparea principală a fost anunţată la începutul şedinţei, când a spus că încă nu era gata să renunţe la şedinţele de vineri. Hotărâsem, prin urmare, să mă concentrez în interpretare asupra acestei probleme.

Am spus că am avut impresia că era anxioasă în legătură cu renunţarea la cea de-a cincea şedinţă, în parte, deoarece îi era teamă că s-ar putea să nu fie suficient de puternică pentru a face faţă schimbării şi s-ar putea teme de posibilă mea concluzie din această schimbare cum că cicatricile ei emoţionale s-au vindecat mai mult decât simţea ea. Pacienta a fost de acord cu această interpretare şi mi-a relatat celălalt vis. *Înota foarte încet într-un bazin*. Nu a făcut nicio asociaţie.

Supervizare internă. Cred că acest vis vine ca o confirmare a nevoii ei de a învăţa încet, iar eu sunt gata să recunosc că am auzit acest lucru.

Revizuire, intervin prematur, – ar fi fost mai bine să formulez ipoteza în tăcere şi să ascult celelalte gânduri ale pacientei înainte de a interveni. Am fost selectiv când am reluat cuvintele pacientei, evitând orice referire la balta de sânge sau la naşterea şi moartea din primul vis. Apoi, pacienta oferă al doilea vis, în care înota în bazin. Nu putem fi siguri dacă aceasta e o

confirmare a interpretării oferite, aşa cum presupun eu în cursul şedinţei, sau este o indicaţie din partea pacientei că m-am cam grăbit. Nu face asociaţii, ca şi când ar vrea să scoată în evidenţă că interpretarea anterioară am făcut-o de unul singur. Am răspuns prea repede şi cu prea puţine asociaţii din partea ei.

Am spus că acest al doilea vis subliniază nevoia ei de a învăţa în propriul ei ritm. Ea a răspuns că de fapt „înota craul" (joc de cuvinte între „a se târf şi" a înota craul") în vis, adăugând că Peter încerca în acea perioadă să se târască.

Supervizare interyia. Simt că aceste comentarii sunt încă o confirmare a interpretării mele că ea avea nevoie să înainteze în propriul ei ritm.

Revizuire. Mă grăbesc să aud confirmarea acestei interpretări. Preocuparea legată de aranjamentul flexibil nu este abordată în această şedinţă, iar eu nu îmi dau seama de această omisiune. Încă mai cred că pacienta are nevoie de flexibilitate, aşa că sunt surd la orice indicii contrare.

Dna B. Mi-a spus că vrea să exploreze mai departe problema şedinţelor de vineri. I-am sugerat că are două posibilităţi legate de ziua de vineri: fie să-şi folosească timpul de vineri la cerere, solicitând această şedinţă în săptămânile

când ar avea nevoie de ea, fie să revină la programul ei de cinci şedinţe cât timp mai are nevoie. I-am sugerat să-mi comunice hotărârea ei când se simte sigură de ea.

Revizuire. S-a mai produs o îndepărtare de la abordarea analitică a problemei nerezolvate a şedinţelor de vineri. În schimb, i se sugerează aranjamente alternative. Trebuie să mai observăm că am ajuns să o manipulez. Îi dau direcţii, fac sugestii, îi ofer soluţii mai degrabă în loc să las pacienta să ajungă la ele singură. Intervenind prematur, îi iau vorba din gură indiferent ce începe să spună, o deviez spre aranjamentele alternative pe care i le sugerez eu.

Spre sfârşitul acestei şedinţe, am introdus un nou subiect de discuţie, spunând că ar putea avea legătură cu problema în cauză, dar că nu eram sigur. Mi-am exprimat cu voce tare întrebarea dacă pacienta avea nevoie să sublinieze importanţa de a-şi stabili singură propriul ritm. De exemplu, a luat toate măsurile de a nu-mi direcţiona atenţia asupra persoanei ei legate de bebeluş, neaducându-l niciodată la şedinţe să mi-l arate şi neaducând nici fotografii cu el.

Revizuire. Posibilitatea de a exista o semnificaţie în faptul că dna B. Nu s-a oferit niciodată să-şi aducă bebeluşul la şedinţe mi-a fost sugerată cu câteva luni în urmă, când am participat la o

prezentare clinică făcută de o analistă care vorbea, în special, despre experienţa ei cu paciente care au fost gravide în timpul analizei. Ea a citat mai multe cazuri, în toate mama aducându-şi la un moment dat bebeluşul la şedinţă. Când am arătat că eu aveam o pacientă care niciodată nu îşi adusese copilul la şedinţă, deşi pacienta fusese gravidă în timpul analizei făcute împreună cu mine, mi s-a spus că probabil eu îi cream un blocaj care o împiedica să-mi arate bebeluşul, poate că-i transmisesem senzaţia de gelozie faţă de relaţia ei cu bebeluşul, din care eu eram exclus. Pe atunci nu gândeam astfel şi consideram necesar să abordez acest subiect cu ea. Dintr-un motiv anume, doresc să menţionez această problemă acum, deşi în mod clar era irelevantă şi îndepărtată de problemele mult mai evidente în această şedinţă.

Blochez în continuare procesul analitic, păstrându-mi modul manipulator de funcţionare. Spun că nu sunt sigur dacă noul subiect are legătură cu ceea ce se discută. Introducerea aceasta indică o nevoie inconştientă (de-a mea) de a abate pacienta de la ceea ce deranjează prezenta stare a relaţiei analitice, indiciile de contratransfer sunt prezente în calitatea manipulativă a intervenţiei mele şi în tensiunea implicită la care e supusă pacienta, în sensul oportunităţii de a-şi aduce bebeluşul

la şedinţă, sau o fotografie a lui.

Dna B. A răspuns că nu credea că am nevoie să văd bebeluşul sau o fotografie cu el, deoarece presupunea că deja îl cunoşteam foarte bine prin ea. (Acesta a fost sfârşitul şedinţei.)

Supervizare internă. Mă simt mustrat de pacientă. În răspunsul ei, ea arată că n-ar trebui să vreau să-i văd bebeluşul sau o fotografie a lui, cel puţin nu în scopul analizei. Ea îmi spune că ar trebui să-i cunosc bine prin ea, însă acum se îndoieşte de acest lucru. Folosirea cuvântului „nevoie" îmi atrage atenţia asupra faptului că preia un interes de contratransfer exprimat de mine. Totuşi, acesta fiind sfârşitul şedinţei, problema nu este clarificată. Deoarece mi-am permis o scădere a vigilenţei supervizării interne, va trebui să fiu mai atent în viitor. Este foarte posibil ca problemele nerezolvate să apară ca o preocupare continuă în următoarea şedinţă.

Marţi

Pacienta a sosit cu şase minute întârziere. Foarte neobişnuit pentru ea. A început şedinţa stând în picioare şi mi-a arătat două fotografii, pe când şi eu mai eram în picioare.

Supervizare internă. Pacienta mă îndeamnă să văd că ceva nu e în regulă, sosind neobişnuit de târziu. Rămânând în picioare, vrea să-mi demonstreze că fotografiile nu fac parte din

analiză.

Revizuire. Vedem aici un protest exprimat împreună cu concesia făcută de pacientă, însă eu nu reuşesc să depistez acest aspect în şedinţa în curs.

O fotografie era a dnei B. Cu bebeluşul care avea doar câteva săptămâni, iar cealaltă era mai recentă, cu amândoi părinţii. Am răspuns cu: „Sunt foarte drăguţe” şi i le-am înapoiat. Ea s-a întins pe canapea.

După o pauză, dna B. A repetat ceea ce spusesem la sfârşitul şedinţei anterioare, faptul că simţea că eu îi cunoşteam deja bebeluşul şi soţul fără să fi văzut fotografiile; însă, pe dinafară, părea mulţumită că am văzut cum arătau.

Revizuire. Vedem repetată convingerea ei că n-ar fi trebuit să văd fotografiile. Deşi la început fusesem alertat ca de o posibilă încălcare a limitelor analitice normale, în această şedinţă nu reuşesc să mă ocup de această problemă, probabil din cauză că acum există mai multe probleme legate de cadrul de lucru.

Pacienta continuă, spunând că încă nu e sigură în legătură cu cea de-a cincea şedinţă. Nu-şi dă seama dacă să accepte varianta solicitării la nevoie, deoarece ar putea ajunge să solicite şedinţa în fiecare vineri.

Supervizare internă. Problema aranjamentului flexibil rămâne nerezolvată, iar pacienta continuă să fie anxioasă din cauza ei. Ideea şedinţei pe bază de solicitare a fost introdusă de mine, nu de ea. Efectul este că o fac să se simtă ca o lacomă dacă ar cere revenirea completă la cinci şedinţe pe săptămână.

Dna B. A continuat spunând că nu ar vrea să consider că voi putea dispune de prea multe zile de vineri pentru lectura mea.

Supervizare internă. Mai multe greşeli se adună pe capul meu. Dna B. Selectează implicaţiile inconştiente ale expunerii mele de la început în ceea ce priveşte lectura. Aici se vede clar cum reacţionează ea la aceste implicaţii; este anxioasă că mi-aş dori timpul şedinţei de vineri pentru mine, când poate că ea ar avea nevoie de acel timp pentru ea însăşi. Oferta aranjamentului şedinţelor la cerere se dovedeşte a nu fi atât de liniştitoare pe cât am intenţionat a fi. O face pe pacientă să se simtă criticată ca fiind „prea insistentă" dacă şi-ar cere înapoi timpul de vineri. Sub masca generozităţii faţă de pacient, am proiectat propria-mi lăcomie inconştientă legată de acel timp de care aş dispune.

I-am spus că nu prea a ajutat faptul că i-am explicat cum mi-am planificat să folosesc timpul ei, ţinându-i-l totuşi la dispoziţie. Ştiind acest lucru, că m-a văzut ca pe o mamă care

vrea să fie lăsată să-şi vadă de treburi o dată ce copilul creşte. Eram conştient de implicaţiile pe care le avea pentru ea, deoarece accidentul ei survenise pe când mama era ocupată în altă parte – iar ea abia învăţa să meargă în picioare pe atunci.

Revizuire. Aici e o încercare de a recunoaşte perceperea realităţii de către pacientă înainte de a face vreo referire la copilărie. Însă, dau dovadă din nou de prea mare grabă în trecerea la trecut de la ceea ce deranjează în prezent. De fapt, încerc să abat pacienta de la eşecul meu la acela al mamei ei. Această manevră ar putea fi considerată ca încă un indiciu al sentimentului meu de disconfort faţă de recentele mele scăderi de atenţie. Nu o las liberă să elaboreze ea însăşi pe această temă, în propriul ei ritm. Procedând astfel, îmi afirm dreptul de întâietate.

Dna B. A răspuns amintindu-şi în detaliu cum mama ei părea să pună întotdeauna lucrul în gospodărie şi gătitul mai presus de timpul petrecut cu copiii. Mama ei voia întotdeauna să aibă casa curăţată şi un prânz bun, ca şi când singurele lor necesităţi ar fi fost curăţenia şi gătitul, în timp ce dna B. Ar fi preferat un prânz simplu, însă mai mult timp petrecut cu mama ei.

Supervizare inkrm. Pacienta pare să revină la impresia pe care a avut-o despre mine, ca fiind preocupat mai ales cu înlăturarea încurcăturilor recente din timpul analizei, iar eu însumi repus în drepturi ca mama cea bună gata oricând cu o masă bună, în timp ce ea ar fi preferat să aibă mai mult timp din şedinţă pentru ea însăşi, pe care să-i folosească cum ar fi vrut.

Dna B. A continuat vorbindu-mi despre nepotul ei (de nouă ani) şi nepoata ei (de şapte ani), care locuiau cu ea în acea perioadă. Nepoata plecase pe perioada sfârşitului de săptămână. Avea o carte de bucate preferată, pe care o adusese cu ea, ba, a luat-o cu ea şi acum, plecând în weekend, aşa încât fratele ei să nu o folosească în absenţa ei. Dna B. Îşi lăsase nepotul să folosească o reţetă de-a ei pentru a găti împreună. Pe la jumătatea reţetei, pe când găteau în bucătărie, el s-a plâns că ea nu îl lasă să gătească cu adevărat şi el. Ea părea să-i facă şi partea lui.

Supervizare internă. Consider această comunicare ca o supervizare inconştientă a pacientei. Mă gândesc şi simt că ea îmi atrage atenţia că am preluat prea mult din ceea ce trebuia să facă ea, în timpul ultimelor şedinţe, raportat la frecvenţa şedinţelor sau la problema fotografiilor sau la amândouă. Mă pregăteam să cercetez fiecare dintre aceste aspecte pe rând.

Revizuire. Ceea ce nu recunosc aici este tema a doua *persoane râvnind la acelaşi lucru*. Nepoata vrea să-şi păstreze cartea de bucate doar pentru ea, împiedicându-şi fratele să o folosească în timpul absenţei ei.

Pacienta face aluzie probabil la timpul şedinţei de vineri, pe care eu aş vrea să-i folosesc pentru mine în timpul absenţei ei. Ea simte că s-ar putea ca eu să-mi doresc acel timp pentru mine, iar ea să nu-l folosească.

Am spus că simţeam că ea avea nevoie să confirme faptul că i se acordă destulă libertate pentru a se hotărî ea însăşi în legătură cu ziua de vineri. La aceasta, dna B. Mi-a răspuns că nu a simţit din partea mea vreun amestec în luarea unei hotărâri. Apoi a urmat o tăcere.

Supervizare internă. Observ cuvântul „amestec" şi iar mă simt dojenit de pacientă. Simt că această comunicare este legată mai direct de fotografii.

I-am spus dnei B. Că absenţa libertăţii avea de-a face mai mult cu faptul că eu, şi nu ea, am fost acela care a ridicat problema fotografiilor. Deşi părea să fi consimţit aparent bucuroasă la comentariile mele, simţeam că avea mai multe rezerve în a acţiona astfel decât lăsa să se vadă. A preluat repede

această idee, spunând că, deşi era mulţumită că am văzut fotografiile, ea îşi dădea seama că era şi anxioasă că aş putea deduce din fotografii că acum totul decurgea normal în cazul ei. Toţi arătau atât de bine şi fericiţi în fotografii. Îi era teamă că nu-mi dădeam seama că, în sinea ei, trebuia să facă faţă la mai multă suferinţă decât ar fi putut fi abordată în patru şedinţe pe săptămână.

Supervizare internă. Observ cum pacienta elaborează pe tema anxietăţii ei legată de arătarea acelor fotografii şi introduce noi referiri la problema încă nerezolvată a frecvenţei şedinţelor. Văd că acum trebuie să mă ocup de acest aspect.

Am spus că în mod evident încă mai era preocupată de problema şedinţelor de vineri. A recunoscut că aşa e şi a întrebat dacă (cel puţin) săptămâna aceasta poate veni vineri. S-a convenit asupra acestui lucru.

Revizuire. Problema schemei de tratament e doar parţial rezolvată. Abia după această săptămână, dna B. A făcut cererea expresă de a reveni la cinci şedinţe în mod regulat, analiza continuând pe baza acestui aranjament.

Dna B. A continuat, relatându-mi un vis; *Ţinea un recipient cu ceva valoros în el. În jur erau*) i *alp oameni care păreau că vor partea lor din ceea ce era în recipient. Ea simţea*

ca şi când ei ar fi jefuit o bancă sau ceva asemănător, iar acum ea le duce captura celorlalţi. Au fost arestaţi, iar în închisoare era un ofiţer prietenos

care a avut prijă s-o închidă într-o celulă separată pentru a o proteja. Şi-a ispăşit sentinţa înaintea celorlalţi. Era condusă prin curte către poartă, spre libertate, când ceilalţi au tăbărât pe ea ji *au lovit-o la cap. Zăcea moartă pe jos.* Asociaţiile ulterioare ale dnei B. Se refereau la analiză, însă nu mi le-am mai putut reaminti la sfârşitul şedinţei.

Supervizare internă. Mă simt luat pe sus de acest vis şi de asociaţii. Abstractizez temele din vis, în timp ce ascult ceea ce spune pacienta. Decid să reiau acele teme pe care le recunosc ca având legătură cu analiza şi cu subiectele curente legate de ea.

Revizuire. Se mai face o referire la tema *celorlalţi care râvnesc la ceea ce are ea*, la ceea ce ţine în recipient, însă nu acord atenţie acestei referiri şi tot nu abordez problema şedinţei de vineri, care pare să nu-i mai aparţină în exclusivitate ei. De asemenea, nu îmi pot reaminti asociaţiile pacientei, ceea ce indică dificultatea mea de a o urmări în această şedinţă.

Am spus că pacienta încerca să-şi păstreze analiza,

asemeni recipientului cu ceva preţios în el, protejând-o de ceea ce i-ar putea-o lua. Ea avea nevoie de mine să-i protejez şedinţa de vineri, permiţându-i acel timp pentru ea însăşi, mai ales că s-a simţit stingherită de referirea mea la aducerea bebeluşului sau a fotografiilor la şedinţă. Probabil m-a văzut gelos pe relaţia specială pe care o avea cu bebeluşul ei, dorindu-mi parte din acea atenţie pentru mine.

Revizuire. Această încercare de interpretare este prea lungă. De asemenea, referirea mea la cele două forme de intruziune este ambiguă: (1) intruziunea în spaţiul analitic şi (2) intruziunea în spaţiul ei cu bebeluşul. Referirea la gelozie este încă o continuare a comentariilor făcute de colega mea despre nou-născuţii avuţi în timpul analizei.

Dna B. A fost de acord cu ceea ce am spus (un consimţământ prea uşor dat pentru a fi convingător) şi a adăugat că motivul pentru care nu voia să-şi aducă bebeluşul să mi-l arate era dorinţa de a avea ceva doar al ei.

Supervizare internă. Din ceea ce am spus, pacienta preia ceea ce are mai mult sens pentru ea, adoptând aceeaşi ambiguitate în răspunsul ei „ceva doar al meu”. Această expresie se referă fie la relaţia analitică pe care nu vrea să o împartă cu o a treia persoană, fie la relaţia cu bebeluşul ei, în

care nu vrea să am şi eu o parte. Decid să abordez întâi problema cadrului analitic.



Am răspuns că acest comentariu se aplică perfect dorinţei ei de a-şi păstra analiza doar pentru ea, fără ca alţii să intervină în felul ei de a se folosi de şedinţe.

Revizuire. Am încetat să mă mai ascund în spatele ambiguităţii şi am acceptat faptul că analiza în cadrul ei presupune să ai intimitate, nu să fii supus la sugestii sau direcţionări din partea analistului. Dacă aş fi răspuns la indiciile anterioare legate de şedinţa de vineri, aş fi putut fi mai exact aici. Şi ea doreşte timpul de vineri „doar pentru ea”.

Ea a recunoscut că aşa era şi, pentru prima oară în cursul şedinţei, a început să se relaxeze, după ce fusese evident încordată. A rămas calmă până la sfârşitul şedinţei, fără a mai vorbi.

Supervizare internă. În timpul tăcerii, am început să-mi dau seama că atacul asupra ei, din vis, nu făcea referire nici la mine, nici la ea. Am selectat doar acele teme în care mă văd reflectat într-o lumină pozitivă. Deoarece am evitat referirile

negative, ea m-a văzut ca nefiind încă pregătit să tolerez simţămintele mai dureroase în legătură cu mine.

Miercuri

Dna B. A sosit cu o întârziere de opt minute. Încă în picioare (din nou), înainte de a se apropia de canapea, m-a întrebat dacă nu cumva lăsase fotografia mai mică undeva în cabinet. I-am spus că nu o văzusem.

Supervizare internă. Foloseşte aceeaşi apărare de izolare ca şi înainte (i e., stând în picioare, mai degrabă, decât folosind canapeaua). De asemenea, a întârziat din nou. Îmi dau seama că ceva încă mai stinghereşte spaţiul analitic.

Dna B. Mi-a spus că a întârziat din cauza maşinii care nu a pornit. „Nu era lumină în baterie”, ceea ce se întâmpla doar a doua oară cu această maşină. Atunci a luat maşina soţului. Nu a căutat în maşina ei fotografia care lipsea.

Supervizare internă. Aud despre ceva ce s-a pierdut, ceva legat de faptul că a adus fotografiile în ziua precedentă. Urmăresc acest aspect din perspectiva chestiunii de cadru privind fotografiile. Încerc să găsesc o punte de abordare a acestei chestiuni.

Revizuire. „Nu era lumină în baterie” este o formulare ciudată pentru o baterie descărcată. Engleza nu e limba ei

maternă, însă, întrucât o vorbeşte fluent, expresia aceasta se detaşează ca neobişnuită. S-ar putea referi la faptul că nu prea am fost iluminat în monitorizarea ultimelor şedinţe. Am ajuns ca o maşină – nu mai funcţionez corespunzător.

Am spus că poate a avut nevoie să creadă că fotografia s-a pierdut, special pentru această şedinţă, pentru a dezbate implicaţiile pe care le-ar putea avea pentru ea. De exemplu, ar putea gândi (cu oarecare îndreptăţire) că nu ar fi pierdut fotografia dacă nu i-aş fi sugerat să o aducă. A fost de acord. Apoi a vrut să revină la visul relatat în ziua precedentă.

Supervizare internă. Din nou, consimţământul ei vine prea repede. Mă simt nesigur în privinţa acestei confirmări. Observ, totuşi, indicaţia pacientei că a rămas ceva nediscutat din visul comentat în ziua precedentă.

Dna B. Scoate în evidenţă pasivitatea ei faţă de oamenii care o ameninţau în vis. I-a văzut ca oameni din trecutul ei. A comentat că nu ar câştiga nimic dacă ar încerca doar să se ferească de ei, mai degrabă decât să le facă faţă.

Supervizare internă. Pacienta preia un aspect din vis, pe care eu îl trecusem cu vederea în reluarea mea selectivă a temelor din vis. De asemenea, se abate de la mine către oamenii din trecutul ei. S-ar putea să fi observat cum înainte evitasem

referirile negative din vis la mine. Cred că-şi exprimă un simţământ legat de nevoia mea de a fi protejat faţă de sentimentele ei negative. Observ, de asemenea, pasivitatea ei faţă de comentariul meu la fotografii.

Revizuire. Putem vedea cum pacienta foloseşte o manevră defensivă paralelă cu a mea din şedinţa anterioară, când am distras-o prea repede de la propriu-mi eşec spre eşecul mamei. Aceasta ar putea fi încă o indicaţie că s-ar putea să nu fac faţă aluziilor critice din vis.

I-am spus că s-ar părea că am apărut în două ipostaze în vis; ca ofiţer de închisoare, simţit ca prietenos şi oferindu-i protecţie, iar a doua ipostază ar putea fi aceea a oamenilor care o ameninţă.

Supervizare internă. Este o încercare neîndemânatică de a aduce pacienta la relaţia prezentă, mai degrabă decât să recurg la un alt salt în trecut.

Revizuire. Interpretez, fără să dau timp pacientei să-mi ofere material pentru interpretare. Acţionez din nou pe baza anxietăţii mele contratransferenţiale de a fi făcut atât de multe greşeli în ultima vreme, una conducându-mă la alta.

Dna B. A fost surprinsă de partea a doua a interpretării mele şi m-a întrebat cum am ajuns la ea.

Supervizare internă. Pacienta îmi arată că mi-am formulat interpretarea din senin, fără motive. Cu siguranţă, ea nu îmi dăduse argumente pentru această intervenţie, în cursul acestei şedinţe, aşa încât în mod normal nu-şi dă seama de unde am luat-o. Sunt prea grăbit să-mi corectez ultimele erori. Prin urmare, încerc să remediez situaţia reluând câteva amănunte care lipsesc din vis, sperând să găsesc o punte cu interpretarea mea.

Revizuire. Ar fi fost mai bine să rămân tăcut şi să las pacienta să conducă.

Am spus că ar trebui să vedem cum a început visul. Ea ducea ceva valoros într-un recipient, încercând să-i protejeze de ceilalţi oameni din vis care păreau că îşi vor partea. Mai îmi spusese că a avut o reţinere dacă să-mi arate bebeluşul sau nu. Totuşi, a adus fotografiile, iar noaptea următoare a avut acest vis. La sfârşitul visului, capul i-a fost lovit, poate ca o referire la faptul că nu e lăsată să gândească de una singură. S-a gândit la această posibilitate şi, parţial, a fost de acord cu ea. A adăugat că nu şi-a dat seama că nu ar fi dorit să aducă fotografiile, pur şi simplu nu i-a trecut prin minte să facă aşa ceva.

Supervizare internă. Observ că „nu i-a trecut prin minte”, deci nu a fost gândit de ea însăşi. Văd acest lucru ca pe un fel de

confirmare şi simt că, acum, putem discuta elaborarea transferului în această experienţă.

Revizuire. Este evident că sunt în continuare nerăbdător să ne îndepărtăm de realitatea prezentă. Nedându-i timp să continue de una singură, încă îi mai ameninţ spaţiul, deşi îmi dau seama de nevoia ei ca eu să nu mai procedez astfel.

Am spus că ar fi posibil ca eu să fi ajuns să reprezint o parte a experienţei ei din trecut cu mama ei, în care nu s-a simţit în stare să i se opună, iar acum nu mi se opune nici mie. În schimb, se pare că a vrut să-mi facă pe plac, aducându-mi fotograrile, – însă această nevoie aparentă s-ar putea să-i fi fost provocată de faptul că m-a considerat ca pe mama ei, o persoană care trebuia să fie mulţumită. Dna B. Aproba din cap pe parcursul ultimei părţi a interpretării mele. A continuat, spunându-mi ceva ce se petrecuse „vineri – nu joi seara”, cu o săptămână înainte.

Supervizare internă. Scăparea pare evidentă. Văd asta ca o referire la lipsa şedinţelor de vineri.

Revizuire. Aici problema zilelor de vineri e abordată doar temporar. Abia după această săptămână sunt reluate şedinţele de vineri în mod regulat, aşa că în această privinţă ele încă lipsesc.

Dna B. A continuat spunând că joi seara soţul ei fusese plecat, aşa că s-a invitat la cină la nişte prieteni. Mi-a spus în amănunţime despre un desert copios pe care I-a dus la acea cină, cum a mâncat prea mult şi i s-a făcut rău. Noaptea i s-a făcut teamă că s-ar putea să nu se simtă bine a doua zi şi deci nu I-ar putea hrăni pe Peter, care încă mai era alăptat la sân. Aşa că s-a forţat să vomite, iar spre dimineaţă s-a simţit mai bine, în stare să facă faţă zilei.

Supervizare internă. Notez temele: soţ absent, – se hrăneşte singură, îşi face rău mâncând prea mult; teama de a trebui să înceteze alăptatul bebelușului. Mă hotărăsc să stabilesc puntea de legătură pentru tratarea câtorva aspecte dintre acestea.

Li atrag atenţia dnei B. Asupra sincronizării acestei experienţe, înaintea zilei de vineri în care urma să nu vină la şedinţă. A fost de acord că, probabil, şi-a permis să mănânce până i s-a făcut rău din cauză că se simţea privată de şedinţa de vineri.

Supervizare internă. Ajunge singură la această concluzie. Nu trebuie să o îndrum eu.

A mai arătat că era conştientă de alegerea pe care o avea de făcut între a rămâne bolnavă şi neajutorată sau să întreprindă ceva pentru a nu trebui să întrerupă orarul de alăptare a

bebeluşului.

Supervizare internă. Ea indică teama întreruperii, ceea ce eu consider o aluzie la întreruperi de diferite tipuri. Hotărăsc să nu o întrerup.

A continuat spunând că nu însemna neapărat că trebuia să-i înţarce brusc pe Peter, însă, se gândea *ea*, ar fi fost desigur o întrerupere nejustificată a orarului de alăptare.

Supervizare internă. Observ cuvintele „întrerupere nejustificată”. Problema pe care cred că vrea să o clarifice, prin referirea la hrănit, este cea a şedinţelor de vineri – dintre care una fusese cea din vinerea tocmai menţionată.

I-am spus că a ajuns să-şi simtă recenta întrerupere a şedinţelor de vineri ca fiind nejustificată. Lunea, în prima şedinţă după experienţa pe care tocmai a descris-o, arătase că vrea să revină asupra deciziei de a renunţa la şedinţele de vineri. A fost de acord. În acest moment, s-a terminat şedinţa.

Supervizare intertia. Cred că dna B. S-a putut referi la renunţarea la şedinţele de vineri, ca fiind o întrerupere nejustificată, numai după ce am convenit că poate veni la şedinţa de vineri, cel puţin în acea săptămână. Aranjamentul pe termen lung a rămas în continuare nefixat.

Joi

Dna B. Şi-a început şedinţa povestindu-mi despre mama Emmei. Mama acesteia spusese că Emma ar trebui să-şi petreacă noaptea cu dna B. Şi cu nepoata ei. Mai spusese în faţa Emmei: „Ar fi atât de plăcut pentru mine”. Dna B. S-a simţit îngrozitor, fiindu-i milă de copil şi simţind că ar fi trebuit să i se dea şansa de a spune şi ce voia *ea*. Dna B. A continuat, spunând că era greşit să o scoată pe Emma din propria ei casă astfel, doar pentru a face plăcere mamei.

Supervizare internă. Aflu despre o mamă care se preocupă doar de sine. Ascultând doar la realităţile exterioare menţionate aici, mă întreb dacă acel incident mi s-a spus ca un alt îndemn inconştient din partea pacientei. Decid să-mi încep intervenţia cu un comentariu-punte de legătură pentru explorarea realităţii interne a pacientei, la care cred că se face aici o referire indirectă.

I-am spus dnei B. Că aici avem exemplul unui copil separat de mama lui, mai degrabă datorită dorinţei mamei decât a copilului, iar copilului nu i s-a dat şansa de a spune ce simte faţă de această situaţie. Dna B. A fost de acord şi a tăcut tulburată. După un timp, mi-a povestit că, în timpul nopţii dinainte, s-a trezit crezând că a auzit un copil strigând „Mami”.

Copiii mai mari dormeau profund. S-a dus să-i vadă şi pe Peter, dar şi-a dat seama că (desigur) el încă nu vorbea. Apoi a observat că vocea spusese „Maamiii”, aşa cum îşi strigau copiii mamele în vremea copilăriei ei. A recăzut în tăcere şi în mod evident era şi mai tulburată.

Supervizare internă. Aici avem ample confirmări legate de tema *mamei absente*. Simt că aşteaptă de la mine o recunoaştere, că înţeleg sensul suferinţei ei, mai degrabă decât să o las în tăcere prea mult timp, caz în care aş putea fi asociat mamei care nu aude.

Am spus; „Deci era copilul din tine chemându-şi mama din copilărie”.

A aprobat şi a respirat uşurată. A adăugat că nu se putea aştepta ca mama ei s-o audă. A urmat, întrebând de ce continua să aibă aceleaşi probleme, apoi a devenit tăcută din nou.

Supervizare internă. Gândesc că pacienta are nevoie de ajutor pentru a-şi înţelege sentimentele legate de mama absentă şi simt, de asemenea, că îmi atrage atenţia asupra recentelor mele absenţe (scăpările de atenţie analitică), care au declanşat acest material. Caut punctul de concentrare al acestei teme a neatenţiei, unde se pare că am eşuat asemenea mamelor pe care

le critică (a Emmei şi a ei).

După o tăcere prelungită, am spus că ceea ce a stârnit-o din nou a fost nesiguranţa legată de faptul dacă flexibilitatea pe care i-o ofeream, referitor la şedinţe, venea în întâmpinarea nevoitor *ei* sau dacă, de fapt, voiam să-mi văd de treburile mele (mi-a revenit în minte faptul că-i spusesem cum aş fi folosit timpul ei în favoarea mea). Dna B. Mi-a spus că în mod conştient fusese bucuroasă că-i explicasem despre lecturile mele.

Supervizare internă. Observ sublinierea pe „în mod conştient”, aşa că mă întreb despre aspectul inconştient.

I-am spus că, în inconştientul ei, faptul că-i relatasem despre dorinţa mea de a avea timp pentru lectură m-a apropiat în perceperea ei prea mult de mama ei, care dorea să-şi găsească timp ca să-şi continue propriile treburi, şi de mama Emmei, care se purtase la fel. Dna B, mi-a spus că, probabil, copilul din ea s-ar fi legat de acest lucru, pe care să-i aştepte cu nerăbdare. Ea a spus că se întreba dacă nevoia ei de a reveni la cinci şedinţe nu încolţise din nevoia de a fi sigură că timpul de vineri ar fi în continuare păstrat tot pentru ea.

Supervizare internă. Poate că din cele spuse simt răspunsul de confirmare, însă mă întreb, în legătură cu

renunţarea iniţială la şedinţa de vineri, dacă nu cumva aranjamentul a fost făcut astfel pentru a facilita ca acest lucru să se întâmple prea uşor.

Am spus că a devenit, probabil, nesigură de relaţia ei cu mine, o dată ce i-am oferit posibilitatea şedinţelor flexibile. Ar fi putut accepta această schimbare, în parte, pentru că a fost făcută să pară seducător de uşoară, în loc să-i fi dat şansa s-o perlaboreze, până la a ajunge clar pentru ea însăşi că poate să facă acest pas.

Supervizare internă. Am început să înţeleg ceea ce nu mi-a fost clar până acum, s-ar putea ca *JJexibilitatea* să fi îngreunat în aşa măsură hotărârea pacientei. Din acel punct, cadrul analitic începuse să sufere perturbări.

Dna B. A răspuns că nu-şi putea da seama despre acest lucru, după puţin timp a spus că avea o durere de cap groaznică, ceea ce nu îi era caracteristic.

Supervizare internă. Îmi comunică faptul că încă mai există un conflict dureros aici. Ascult, aşteptând alte indicii.

După o perioadă de tăcere, dna B. Începe să-mi vorbească despre alimentarea lui Peter. Avea o poftă de mâncare teribilă şi, în timpul zilei, mânca cu plăcere hrană solidă, fiind alăptat în continuare seara şi dimineaţa. Până de curând îşi supraveghea

propria alimentaţie pentru a fi sigură că are destul lapte şi de o compoziţie echilibrată. Însă a descoperit că nu e nevoie să fie chiar atât de „excesiv de atentă”, bebeluşului mergându-i în continuare foarte bine.

Supervizare internă. Noi indicii inconştiente. Am fost prea atent cu dna B., crezând că are nevoie de flexibilitate, – deci, încercările mele de a o susţine foarte grijuliu în cursul perioadei de „înţărcat” din analiză, au făcut-o mai anxioasă şi mai nesigură. Rezultatul, eu mi-am pierdut echilibrul ca analist, aflându-mă încă în procesul de a-l recupera.

Am spus că, probabil, m-a resimţit ca fiind excesiv de atent cu ea, oferindu-i trecerea treptată de la cinci şedinţe la patru şedinţe pe săptămână, considerând-o mai fragilă în acest context decât era de fapt. Dna B. A răspuns surprinsă că i-a dispărut durerea de cap.

Supervizare internă, iau asta ca o confirmare a interpretării mele, la fel şi ea. Apoi reflectez asupra acestei teme de a încerca să fiu mama excesiv de protectoare, pregătindu-mi următoarea interpretare.

Am spus că în ea avusese loc un conflict dureros. Dorise ca eu să fiu sensibil la nevoite copilului din ca, pentru ca purtarea mea să nu pară asemănătoare cu insensibilităţile pe care

le constatase la mama ei, – însă, ea avea nevoie şi ca eu să-i recunosc capacităţile adulte. A căzut de acord că s-ar simţi dezamăgită de oricare dintre aceste ipostaze; dacă reacţionam doar la copilul din ea sau doar la adult.

Deoarece şedinţa era pe sfârşite, iar ea urma să plece, pacienta a adăugat că nu-şi aducea aminte dacă mai avea negativul fotografiei pierdute. Şi-a spus că dacă mai avea negativul, însemna că putea recrea pozitivul Am spus că trebuia să învăţ de la ea, pentru a ajunge să recunosc ce a constituit experienţa negativă în ultimele şedinţe, aşa încât să putem restabili pozitivul care s-a pierdut. A dat din cap zâmbind aprobator şi a plecat.

Supervizare internă. Susţinerea analitică pare să fi fost recuperată. Pacienta şi-a găsit propria modalitate simbolică de a-mi comunica acest lucru.

Comentariu. Trebuie observat că preocuparea mea faţă de greşelile recente (deşi necesare ca etapă către reluarea procesului analitic) a prezentat şi un grad de interferenţă. Această preocupare faţă de greşeli este întotdeauna un risc dacă se permite supervizării interne să devină prea activă şi conştientă pe durata unei şedinţe. Atunci funcţionează mai degrabă ca un supervizor internalizat, ceea ce uneori poate

deveni o persecuţie pentru terapeut. (Acest fapt e valabil mai ales dacă materialul clinic în chestiune urmează să fie scrutinizat de alţii, ca la un seminar clinic, cum a fost cazul aici.)

Nivelul înalt de preocupare este semnalat aici de pacientă ca fiind „excesiv de atent”, i-am provocat o durere de cap. Chiar dacă nu-mi recunosc contribuţia ia durerea de cap, în şedinţa respectivă durerea dispare când recunosc că am fost prea plin de grijă şi, prin implicare, sunt gata să mă relaxez şi să permit reluarea procesului analitic.

Vineri

Pacienta a sosit ceva mai târziu. S-a referit la miercuri noaptea când a avut un vis de care a uitat până în dimineaţa aceea.

Supervizare internă. Pacienta „uitase” de acest vis. Poate nu a lăsat să-i revină în minte acest vis, atât timp cât eram prinşi cu alte probleme, iar a întârziat, deci s-ar putea să mai existe un motiv care să o reţină.

În vis *era un râu. Ea era întinsă pe malul râului, cart părea cuprins de vegetaţie ca primăvara. Fie era foarte mică, fie stătea întinsă pe burtă, deoarece avea apa la nivelul ochilor Apoi apa a început să fiarbă, ameninţând să distrugă totul în jur Simţea cum apa fiartă se revarsă chiar înspre ea. Voia să plece*

fiind înfricoşată, însă a continuat să privească apa care a redevenit râul obişnuit de la început. Pacienta s-a oprit din povestit şi a spus uimită: „Am fost în stare să-i opresc din fierbere”.

Supervizare internă. Observ temele din acest vis: primăvara cu reînvierea naturii, – pacienta e foarte mică sau stă întinsă pe burtă; apa la nivelul ochilor, – apa începe să fiarbă, ameninţă cu distrugerea, pare să se reverse drept înspre ea. Simt că mi se prezintă o amintire traumatizantă sau o reconstituire, în vis, a accidentului. Apa clocotită era la nivelul ochilor, iar pacienta a suferit arsuri groaznice pe partea din faţă a corpului. De asemenea, pare să indice faptul că e pregătită să privească apa. Probabil, vrea să-mi dea de ştire că „amintirea”, care fusese întotdeauna prea îngrozitoare pentru a fi readusă în memorie, se apropie de stadiul în care poate fi în mod conştient evocată. Posibil că, după o săptămână în care am lucrat amândoi la stabilirea cadrului analitic, se simte mai sigură de sine. Decid să explorez acest aspect cu ea, însă cu grija de a nu o ghida spre propriile-mi gânduri legate de vis. Trebuie să fie pregătită ea însăşi să le descopere.

Comentez că râul a încetat să mai fiarbă de îndată ce ea a fost în stare să-i privească. Observ, de asemenea, că „uitase” de

acest vis până când s-a simţit destul de în siguranţă cu mine ca să-i privească. Mi-a răspuns că abia povestind visul şi-a dat seama cât de clar se referă la accident. Apoi a devenit foarte tulburată şi a început să trăiască accidentul ca şi cum i s-ar întâmpla în şedinţă. Era ca şi cum apa fierbinte curgea peste ea, arzând-o. A ţipat ca de o durere cumplită şi s-a ridicat spunând: „Când stăteam întinsă, apa nu înceta să vină spre mine". A plâns în hohote mult timp, ţinându-şi capul în mâini.

Supervizare internă. Faptul că îşi ţine capul în mâini îmi arată că are nevoie să fie susţinută. Îmi amintesc că, mai demult, în timpul analizei, îmi spusese că, după accident, durerea părea mai suportabilă doar atunci când mama ei o ţinea în braţe. Simţea de parcă şi-ar fi putut „pune" durerea în mamă, însă, când mama o lăsa din braţe, din nou, părea că durerea era prea multă pentru mamă, aşa că o „punea înapoi" în ea însăşi.

În această şedinţă nu pot să nu simt tensiunea enormă. Este chinuitor. Am o dorinţă irezistibilă de a întrerupe experienţa aceasta, pe orice cale, încercând să o liniştesc sau să-i distrag atenţia spre altceva; orice pare de preferat decât să fii martor al durerii ei. Pe lângă acest impuls de a mă proteja pe mine, apare şi convingerea că aşa a perceput dna B. Reacţia de răspuns a mamei ei. Spre binele pacientei, trebuie să găsesc o

cale de a fi alături de ea prin ceea ce trece, fără să încerc nicio derivaţie.

I-am spus că faptul de a-şi ţine astfel capul arată că avea nevoie să fie „susţinută” pe parcursul acestei trăiri. Încă plângând, mi-a răspuns: „Mama n-a putut face faţă la ceea ce mi s-a întâmplat – simţea nevoia să se retragă – n-am suportat să trec prin toate acestea singură”.

Supervizare internă. Îmi amintesc de fapt că mama ei era cea care a provocat accidentul, nefiindân preajma copilului care de acum se mişca singur în preajma apei fierbinţi. După accident, mama n-a suportat să privească consecinţele. Dna B. A păstrat în memorie imaginea mamei care îşi întoarce capul de la rănile pe care trebuie să le îngrijească. Simt că pacienta mă testează să vadă dacă cu suport să o văd trăind o asemenea durere. Îmi spune că singură nu poate trece prin această experienţă.

I-am spus: „Ai nevoie de mine să-ţi fiu alături în această durere şi nu simt nevoia să mă îndepărtez”. M-a privit drept în ochi (mai stătea încă pe canapea) şi a spus: „Poţi face asta?” Am răspuns: „Ştiu că ai nevoie să suportăm împreună”. După aceea s-a întins pe canapea, spunând: „Să văd dacă a încetat. Înainte, apa fierbinte tot venea peste mine. N-am putut suporta durerea.

Acum e mai bine”. După un timp a adăugat: „Nu mi-aş fi închipuit că voi suporta să reevoc acea amintire, – dar iată că am făcut-o”.

Supervizare internă. Faţă de aluziile anterioare la accident, acesta este un nivel de trăire cu totul deosebit. Dna B. Visase despre accident de mai multe ori, însă întotdeauna mai deghizat. De exemplu, apa fierbinte era deseori reprezentată de opusul ei, de gheaţă. Într-un vis a îngheţat apa în mişcare, pe când începea să cadă spre ea, ca într-o fotografie. Observ această progresie.

I-am spus dnei B. Că acum a fost pentru prima oară că a trăit accidentul nedeghizat. A răspuns: „De data asta am lăsat apa să cadă peste mine, şi chiar dacă m-a ars, îmi dau seama că n-am păţit nimic”. La sfârşitul şedinţei s-a uitat din nou drept la mine şi a spus: „Îţi mulţumesc că mi-ai stat alături”.

DUPĂ SECVENŢA PREZENTATĂ

Săptămâna următoare, dna B. Mi-a spus că s-a surprins cântând în timpul sfârşitului de săptămână. Era ceva nou pentru ea şi i-a reamintit de mama ei care cânta. Şi-a adus aminte cum o îndemna pe mama ei să continue să cânte când aceasta se oprea. Aceasta a fost prima legătură dintre mama bună de dinaintea accidentului şi mama bună încă prezentă după

accident.

A urmat o ură intensă din partea pacientei pentru mine, în ipostaza mamei care a permis ca accidentul să se întâmple şi în ipostaza analistului care a permis retrăirea lui în timpul analizei. De asemenea, mă testa extensiv pentru a vedea dacă mai pot continua să o susţin analitic. Se aştepta din partea mea să devin mama care n-a suportat durerea ei sau cel care s-ar putea răzbuna dacă proximitatea durerii ar ajunge de nesuportat pentru mine. Se aştepta să fie abandonată pentru totdeauna. (Partea acelei secvenţe este descrisă în capitolul 7.)

A mai durat un an până când dna B. A putut să-şi găsească cu adevărat pacea în faţa chinului de nedescris al anxietăţilor care au ajuns să fie asociate cu experienţa ei de dependenţă intensă faţă de mama ei, după accident, şi faţă de mine, după ce a retrăit accidentul în cursul analizei. Desigur, multe au mai survenit în decursul acelui an de tratament, însă experienţa săptămânii prezentate aici a rămas temelia esenţială a progresului înregistrat ulterior în analiză.

DISCUŢIE

Punctul de vedere interacţional

Ca şi în capitolul 3, această prezentare ilustrează mai multe puncte foarte clar observate, atunci când secvenţa clinică

este considerată din punct de vedere interacţional.

Se arată din nou cât de îndeaproape îşi urmăreşte un pacient terapeutul. Dna B. Nu numai că a luat notă de intervenţiile mele conştiente, şi de alte exprimări personale, ci a căutat implicaţiile inconştiente ale comportării mele: intruziunile, abaterile, sincronizarea intervenţiilor sau nereuşita de a interveni la timp, selectarea subiectelor la care făceam referire şi ceea ce treceam cu vederea, capacitatea de a înţelege ceea ce vrea ea să-mi prezinte sau faptul că încă nu eram pregătit pentru asta.

De asemenea, prin multele indicii pe care mi le oferea, pacienta m-a ajutat considerabil la restabilirea unui cadru analitic mai sigur – fără de care ea nu ar fi fost în stare să retrăiască în analiză amintirea despre ceea ce era convinsă că nu ar fi reuşit s-o evoce vreodată.

Dovada contratramjerului indirect

O influenţă care mi-a afectat lucrul acelei săptămâni cu dna B. A fost faptul că ştiam că urma să o prezint la un seminar, la care erau de faţă mai mulţi colegi experimentaţi. De asemenea, conducătorul seminarului era cunoscut ca fiind riguros în critica lui.

Deoarece hotărâsem deja să mă prezint, orice s-ar

întâmpla în această săptămână, cu acest pacient anume, ascultarea mea era mai puţin relaxată decât aş fi dorit. Activitatea mea de supervizare internă s-a abătut de la modul subliminal de funcţionare pentru care pledez de obicei, de multe ori părând mai degrabă un sever supervizor internalizat. Internalizam anticipata atitudine critică a conducătorului de seminar – „mă identificam cu agresorul”. Această prezenţă intruzivă din afara situaţiei analitice este cea care a fost descrisă drept „contratransfer indirect” (Racker, 1968). Din acest punct de vedere, deci, faptul acesta nu este o bună ilustrare a felului cum ar trebui să decurgă un proces relaxat de supervizare internă.

Contratramferul sensibilitatea de rol

Există şi dovezi că reacţionam faţă de pacientă cu contratransfer personal.

La un nivel oarecare, trebuie să-mi fi dat seama că această analiză destul de scurtă ridică mult mai multe probleme. Accidentul dnei B. A fost abordat analitic la diferite nivele, toate în mod evident mai puţin traumatizante decât accidentul în sine. Pacienta visase de multe ori acest eveniment, însă întotdeauna la un nivel înalt de deghizare a „muncii de vis” (Freud, 1900, p. 46In). Însă în şedinţă nu mai fusese trăit. Am

presupus că o traumă survenită atât de devreme în viaţă nu putea fi cu adevărat reamintită sau retrăită în cursul unei analize. Recunosc acum că mai degrabă speram că aceasta să fie situaţia, aşa încât să nu trebuiască să fiu confruntat cu impactul unei asemenea traume asupra mea însumi.

Prin revizuire se poate recunoaşte cum dna B. A devenit tulburată pe când a început să se simtă mai bine, deoarece, în mod similar, şi accidentul s-a produs pe când, copil fiind, în stare să se deplaseze, începuse explorarea lumii înconjurătoare. Deci, când s-a simţit mai bine şi a sugerat renunţarea la una din şedinţe, ar fi trebuit să fiu mai vigilent la posibilă semnificaţie a acestui lucru pentru ea. Totuşi, în mod inconştient, trebuie să-mi fi convenit aranjamentul şi am pretins că împărtăşesc încrederea în sine a pacientei, dorindu-mi să cred că am trecut de ceea ce era mai rău în analiza ei.

Când dna B. A început să devină anxioasă, imediat după ce renunţase la a cincea şedinţă, am început să primesc semnale de avertizare că lucrurile nu stăteau aşa de bine cum apăreau.

Pare de neexplicat (la prima vedere) că atunci când am introdus subiectul bebeluşului ei, ea nu I-a adus nici pe el şi nicio fotografie pe care să mi le arate. Gândindu-mă mai bine, faptul începe să primească sens dacă consider subiectul din

perspectiva a ceea ce a însemnat el pentru analiză. Temporar, a deviat analiza înspre *bebeluşul ei sănătos*, îndepărtând-o de *bebeluşul care nu era bine* din memoria ei inconştientă. Mai târziu, ea a recunoscut acest lucru, când şi-a explicat rezerva ca eu să văd cât de bine arăta ea în fotografii, – aş fi putut presupune că totul era în regulă, trecând astfel cu vederea aspectele dificile cu care nu avusesem încă de-a face.

În timpul acestei acumulări de erori, s-a ajuns la un paralelism straniu între modul meu de a mă purta cu această pacientă şi modul cum se purtase mama ei în urma accidentului. M-am grăbit să presupun că se poate descurca singură, atunci când a spus prima oară că se simţea mai bine. Am fost de acord cu renunţarea ei la cea de-a cincea şedinţă, fără să analizez cu atenţie implicaţiile unei asemenea hotărâri. Am complicat lucrurile, atunci când i-am spus cum aveam de gând să folosesc acel timp, cu alte cuvinte, că voi folosi timpul în avantajul meu. Deci, prin aceste multe etape, am ajuns să o reprezint pe mama ei, care, în mod prematur, a absentat de lângă copil când riscul era mai mare, din cauză că se mişca singură, şi ar fi avut nevoie de mai multă, nu de mai puţină atenţie.

Poate fi explicată această paralelă numai în termeni de

contratransfer personal? Cred că a existat, de asemenea, o anumită sensibilitate inconştientă de rol care a contribuit la implicarea mea în recrearea mamei care a eşuat în timpul traumei iniţiale.

Recuperarea susptierii analitice

Pacienta nu îndrăznea să-şi retrăiască trauma iniţială, atâta timp cât situaţia cadrului şi a susţinerii analitice continua să fie inadecvată şi, deci, nesigură.

O parte importantă a acestei secvenţe apare, după părerea mea, datorită tenacităţii cu care pacienta îmi oferă indicii referitoare la acele aspecte care nu erau în regulă. Ascultând secvenţa interacţional şi recunoscând treptat şi ocupându-mă de anxietatea referitoare la puterea mea de a-i suporta durerea în analiză (mai degrabă decât să o distrag înspre altceva), ea a redescoperit că sunt sensibil la indiciile ei. Astfel, a ajuns să fie restabilită susţinerea analitică, iar pacienta a putut recunoaşte această situaţie, într-o manieră simbolică, în şedinţa de joi.

Retrăirea traumei iniţiale înainte de această săptămână de analiză, nu îmi era familiară noţiunea lui Winnicott (1958) conform căreia detaliile datând din traume survenite devreme în viaţă sunt „catalogate” (p. 247). În altă parte, el scrie: ’Trebuie inclusă în teoria asupra dezvoltării fiinţei umane ideea că este

normal şi sănătos ca individul să poată să se apere împotriva unor eşecuri ambientale specifice prin *îtthejarea situaţiei de* cjec. Aceasta e însoţită de presupunerea inconştientă (care poate deveni o speranţă conştientă) că ulterior va apărea ocazia unei experienţe reînnoite în care situaţia de eşec va fi dezgheţată şi retrăită, individul aflându-se în stare de regresie, într-un mediu în care să facă adaptarea adecvată (p. 281).

Dna B. Şi-a găsit singură, în mod inconştient, calea înapoi, la momentul traumei, direct proporţional cu încrederea fragilă, dar crescândă, în capacitatea mea de a o susţine în timpul acestor experienţe. La începutul analizei, ea era în stare doar să enumere detaliile, aşa cum îi fuseseră şi ei povestite. Mai târziu, a ajuns să le poată visa. În final, a fost nevoie de retrăirea, în transfer, a „anxietăţilor de neconceput” din copilăria ei şi în special a „fricii de prăbuşire” (Winnicott, 1965b, p. 58,1970).

Analiza s-a deplasat treptat spre o situaţie care, în aspectele ei importante, a fost un duplicat al experienţei de eşec din copilărie. De asemenea, ea m-a ajutat treptat să reprezint „mediul care face adaptarea adecvată”. Abia atunci a putut ea combina în analiză reprezentarea eşecului iniţial cu speranţa inconştientă că (de data aceasta) va putea parcurge experienţa în

totalitate, în prezenţa cuiva care va rămâne în preajma ei, ambele persoane putând supravieţui intensităţii sentimentului.

Din nou, ca şi în exemplul 4.6, „pacienta foloseşte eşecurile analistului, deseori minore, probabil manevrate de pacient”. Atunci pacienta a putut să mă folosească pentru a o reprezenta pe mama care în trecut a eşuat cu ea. „Situaţia de eşec” a fost dezgheţată, iar ea a putut să mă atace acum cu sentimente pe care le-a simţit prima oară faţă de mama ei, la vremea accidentului (Winnicott, 1956b, p. 258). Dacă dinamica aceasta se aplică în acest caz, este remarcabil cât de exact şi spontan se repetă în această analiză detaliile eşecului iniţial.

A trebuit să învăţ cum să supravieţuiesc acestor atacuri. Ceea ce m-a ajutat în această privinţă a fost faptul că am recunoscut scopul inconştient din această secvenţă şi cum ar fi plătit pacienta colapsul sau răzbunarea mea.

NOTE

1. Secvenţa clinică prezentată în acest capitol este un extras din lucrarea mea *Potenţialul reflexiv al pacientului ca oglindă a terapeutului*, publicată în: James O. Raney (Ed), *Listeninp and Interpretin. The Challenge of The Work of Rohert Langs*, New-York, Jason Aronson, 1984.

2. Am observat, ia mai mulţi pacienţi, că experienţa de *a*

se simţi mai bine este uneori tratată de pacient ca semnalul unei noi anxietăţi. Unii analişti o pot considera drept teama de a pierde „beneficiile secundare de pe urma bolii”. Alţii o pot considera ca pe o „reacţie terapeutică negativă”. Totuşi, cred că există anumite ocazii când un pacient indică formarea unei legături inconştiente între o experienţă traumatică timpurie şi sentimentul anterior

[experienţei traumatice] de siguranţă, ca şi când „siguranţa” ar fi semnalul de avertizare pentru un dezastru iminent. Probabil se formează un set inconştient în care sentimentul de siguranţă şi catastrofa care urmează sunt văzute pentru totdeauna ca îmbinate.

3. Winnicott (1965) spune: „Ceva ce a fost visat, reamintit şi prezentat se află în limitele capacitative ale forţei şi structurii eului” (p. 254).

6. DINAMICA FUNDAMENTALĂ A CONŢINERII

F

olosind supervizarea internă şi, mai ales, identificarea de încercare, voi examina câteva eşecuri de conţinere. Vom putea observa astfel, mai clar, dinamica implicată în ceea ce denumesc

„conţinere”. Voi ilustra şi cum insight-ul şi susţinerea analitică sunt ajutate de conştientizarea comunicării prin impact, aşa cum a fost descrisă în capitolul 4.

CONŢINEREA

Sunt momente când oamenii nu pot face faţă propriilor lor emoţii fără să fie ajutaţi. Putem concepe aceste emoţii ca un fel de revărsare asupra altora. Perspectiva analitică asupra acestui fenomen trebuie să recunoască această revărsare sau inabilitatea de a o conţine, ca pe o comunicare inconştientă către ceilalţi, ca ceva care nu este în regulă, ceva ce este de necontrolat fără ajutor în principiu, ajutorul căutat este întotdeauna cel al unei *persoane* care să fie capabilă să asiste la aceste stări dificile. Deseori, totuşi, reacţia celor din jur este de a trata aceste emoţii ca şi când ar fi anormale sau periculoase. Medicaţia le poate subjuga. Recomandarea la altcineva poate uşura problema celor expuşi unor asemenea presiuni, dar, aceasta rareori schimbă ceva pentru un pacient care se simte încă victima unor asemenea sentimente puternice.

Oricum, aceste măsuri deflective sau supresive se pot adăuga simţământului că o stare de o asemenea intensitate nu poate să fie stăpânită de nimeni. Dacă acesta este într-adevăr cazul, atunci, chiar suprimarea prin mijloace de dependenţă

poate apărea a fi preferabilă continuării unei lupte considerate fără soluţie.

Folosesc noţiunea de conţinere, aici, ca pe un termen general pentru stăpânirea sentimentelor intense şi dificile ale altei persoane, care altfel nu ar putea fi conţinute. Tratamentul medicamentos îşi are, desigur, un loc potrivit aici, la fel şi tratamentul în spital, care poate oferi „azil” celor care au nevoie de un loc sigur când sunt bolnavi. Cu toate acestea, este important să fim conştienţi că ceea ce se caută, de obicei, este o formă personală de conţinere.

În termeni mai obişnuiţi, ceea ce e necesar este o formă de susţinere, aşa cum o oferă mama copilului suferind. Există modalităţi variate prin care un adult poate oferi altuia această susţinere (sau conţinere). Şi poate fi crucial pentru un pacient să fie astfel susţinut pentru a se recupera sau pentru a descoperi, poate pentru prima dată, capacitatea de a face faţă vieţii şi dificultăţilor ei, fără a continua să evite sau să-şi refuleze sentimentele.

Când „are de-a face” cu sentimentele prin refulare, persoanei în cauză i se poate da un spaţiu de respiraţie, în cadrul căruia problemele vieţii pot fi abordate într-un mod diferit, şi, pentru mulţi, asta e suficient pentru a-i ajuta în intervalul acesta

de stres. Aceasfă formă de ajutor ar trebui, de aceea, să nu fie subevaluată.

Oricum, există unii oameni care continuă să fie prizonierii fantasmei că sentimentele lor cele mai dificile pot fi tratate numai prin evitare. Puterea copleşitoare atribuită acestor sentimente de nestăpânit este confirmată când ceilalţi le tratează ca şi cum ei ar împărtăşi valoarea lor Doar atunci când aceste sentimente pot fi admise, în cadrul unei relaţii, fantasma de ia baza lor începe să se modifice. E astfel o experienţă în întregime diferită (atât pentru pacient, cât şi pentru terapeut), atunci când atacurile unui pacient la adresa terapeutului supravieţuiesc conştient, mai degrabă, decât să fie deviate din cauza ignoranţei imprevizibile. Aici e important ca terapeuţii să aibă insight asupra a ceea ce este pus în scenă împreună cu ei. Supravieţuirea terapeutului şi înţelegerea a ceea ce s-a petrecut în această experienţă sunt aspecte vitale pentru refacerea deplină a pacientului.

La început, voi da exemple de încercări de reasigurare care eşuează, aşa încât putem vedea de ce eşuează.

ERORI DE CONŢINERE

O *folosire greşită a unei acţiuni de susţinere de către terapeut Exemplul 6.*

Un pacient (dl. S.) venea de două ori pe săptămână la terapie, miercurea şi vinerea. Într-o vineri, avusese dificultăţi cu vorbitul. Părea foarte deprimat. După o vreme, am observat că exista o nuanţă previzibilă în felul în care vorbea şi în atitudinea sa în timpul şedinţei. De aceea i-am spus: „Actualmente nu te referi la sinucidere, dar am descoperit un sentiment suicidar după felul cum îmi vorbeşti astăzi”. Dl. S. A început să plângă de-a binelea şi a recunoscut că nu mai reuşea să vadă un viitor pentru sine. El nu şi-a dat seama conştient, dar se gândise la sinucidere

Aceasta se afla în mod definitiv în mintea lui, – nu s-a simţit niciodată însă atât de deprimat. În acest punct am judecat greşit tipul de conţinere de care avea nevoie pacientul. M-am surprins gândindu-mă la pauza lungă dintre această şedinţă de vineri şi următoarea, de miercuri. Astfel, m-am oferit să-i văd pe dl. S. Luni, dacă i-ar conveni o şedinţă suplimentară. Mi-a cerut un timp de gândire, urmând a mă înştiinţa. Mai târziu, am primit un mesaj telefonic în care îmi spunea că va veni la şedinţa suplimentară.

Şedinţa de luni a început după cum urmează:

Pacientul: Am avut un vis noaptea trecută: *Eram într-o*

barcă, încercând şa mă descurc într-un râu care curgea prea repede ca să pot ţine barca sub control. În fundul bărcii era încă un om care se străduia să o menţină pe linia de plutire. Acum era în râu, ţinând barca cu mâinile. Am trecut prin aceste vâltori spre un loc unde râul era mai domol, iar eu eram în stare să încep din nou să conduc. Dar omul era încă atârnat de capăt. Acum, în loc de ajutor, el făcea mai dificil condusul bărcii. (Pauză.)

Am venit azi pentru că am spus că am s-o fac. Acum mă simt mai bine şi nu resimt această şedinţă suplimentară ca fiind necesară, dar vineri s-a întâmplat ceva important. Ai fost capabil să detectezi sentimentele mele de sinucigaş, fără să mă faci să ţi le expun. Aceasta m-a ajutat să nu mă simt aşa de singur şi m-a ajutat să simt că, la urma urmei, viaţa nu e atât de imposibilă.

Discuţie. Dl. S. N-a ezitat deloc să identifice persoana din spatele bărcii. Ştia că ceea ce-l ajutase cel mai mult vineri fusese faptul că ştiam ceea ce simte. Asta era de ajuns. Era ceea ce mama sa nu reuşise să facă pentru el. Ea era prizoniera propriei depresii când era el mic, încă jelind pierderea unui copil anterior.

Când oferisem şedinţa suplimentară, dl. S. A fost la început mulţumit. Mai târziu s-a simţit obligat – chiar indignat.

Nu de aceasta avea nevoie, iată de ce această secvenţă ajută la ilustrarea faptului că încercarea de a reafirma sau a oferi un sprijin suplimentar e deseori motivată de propria necesitate de reconfirmare a celui ce dă ajutor, din cauza anxietăţii stârnite de neliniştea unui pacient (sau client). Conţinerea este rareori, dacă este vreodată, realizată prin reasigurarea pacientului.

Iniţial, deşi am perceput felul în care se simţea dl. S., propria mea anxietate m-a făcut să fiu excesiv de activ. Când i-am sugerat că poate veni la o şedinţă suplimentară, aceasta indica îndoiala mea că el putea găsi puterea lăuntrică necesară. Ca rezultat, deci, eu îi subminam puterea pe care el o avea. Intervenţia mea, adică faptul de a mă considera indispensabil pentru supravieţuirea lui, îl împiedica mai mult decât îl ajuta, în special în privinţa preocupării sale pentru viitor Visul lui lămurea acest aspect cu o limpezime neîndoielnică.

O *folosire greşită a reasigurării Exemplul 6.2*

Un terapeut a fost sever testat de o pacientă (drag), care era cronic deprimată şi disperată. (Vezi, de asemenea, capitolul 4, exemplul 4.6.)

Mama drei G. Decedase când ea avea patru ani. Rudele n-au reuşit să găsească înlocuitorul adecvat în casă. O casă pentru copii n-a reuşit nici ea mai mult. Pacienta a început să

simtă că nu va exista vreodată cineva care să poată îndura sentimentele ei. Fiecare fie că o părăsea când plângea, ca şi cum ar fi fost prea mare pentru a mai plânge, fie o trimitea la alte rude şi (eventual) la casa copiilor. Ea îşi amintea că plângea des sau că încerca să-şi ascundă plânsul.

Pacienta. „Mi-e teamă că începi să disperi că nu voi fi mai bine vreodată”.

Terapeutul: „Dacă eu aş simţi aşa, n-aş mai fi aici”.

Discupe. Când am auzit această scurtă secvenţă, în timpul unei şedinţe de supervizare, am simţit o undă de anxietate în procesul de identificare cu pacientul. Mi-am amintit ceea ce auzisem deja despre experienţa acestei paciente cu persoane care o abandonaseră, mai ales atunci când nu se putea abţine să nu plângă. Disperarea ei se bazase pe experienţa ei cu acel nimeni pregătit să înţeleagă ceea ce simţea ea.

Am interpretat comunicarea pacientei ca o reacţie inconştientă, prin care încerca să arate ce însemna pentru ea testarea terapeutului ei. Părea posibil, cu adevărat, că această pacientă era încă în căutarea acelui cineva care i-ar putea tolera disperarea de nesuportat.

Dacă drag. Căutase acest fel de conţinere, ceea ce auzisem putea avea un înţeles foarte diferit de ceea ce se

intenţionase. Terapeutul înţelegea să o reasigure pe drag. Că nu şi-a pierdut speranţa că va fi în stare să o ajute. Dar pacienta putea uşor interpreta greşit aceasta ca o confirmare a temerii sale că nici măcar terapeuta ei nu va lua contact cu disperarea ei şi că nu va fi pregătită să continue să o vadă: „Dacă eu aş simţi *aşa*, n-aş fi aici”.

Terapeuta n-a reuşit să recunoască necesitatea pacientei de a-şi comunica disperarea. Dacă ar fi fost mai obişnuită cu procesele inconştiente operând la acel moment, ar fi putut verifica comentariul ei înainte de a vorbi despre identificarea trăirii cu pacienta. Ar fi fost mai uşor pentru ea să recunoască posibilitatea că drag. Încercase să afle dacă terapeuta ei putea suporta contactul cu disperarea pe care o simţea.

Se poate selecta de aici un principiu de interpretare. Oricând e posibil, ar trebui să interpretăm ceea ce pacientul simte pe moment şi nu să încercăm să vorbim despre ceea ce ne-ar plăcea, în schimb, să simtă pacientul. În cazul de faţă, drag. Se simţea disperată. De aceea, un răspuns diferit poate fi citit printre rânduri:

Terapeuta: Cred că-mi spui că ţi-e teamă că n-aş putea fi în stare să suport contactul cu disperarea ta. În schimb, te aştepţi să încetez într-un fel de a te mai vedea, dacă ai reuşi în a-mi

comunica disperarea aşa încât să o pot simţi şi eu.

Această formă de interpretare i-ar fi dat posibilitatea drei G. Să-şi perceapă terapeuta ca fiind realmente în contact cu ceea ce simţea ea. De aceea, orice reconfirmare poate proveni de la faptul de a fi cu adevărat ascultată şi adecvat înţeleasă.

Când această terapeută a întârziat la şedinţă (vezi capitolul 4, exemplul 4.6), acea experienţă a primit un înţeles terifiant pentru drag. Aceasta însemna că terapeuta ei începuse să simtă disperarea pacientei şi de aceea nu era acolo? Această instituire a temerii ei celei mai adânci a necesitat eforturi repetate în terapie înainte ca drag. Să înceapă să-şi dea seama că era într-adevăr capabilă să-şi comunice disperarea terapeutei. Şi, chiar dacă poate a contribuit la acea întârziere, aceasta n-a avut ca rezultat un colaps de nerezolvat sau o retragere, aşa cum i se întâmplase mereu pacientei.

CONŢINEREA DE CĂTRE O PERSOANĂ *Un pacient sinucigaş observat prin psihoterapie Exemplul 6.3*

Aş vrea să ofer acum exemplul unei paciente, dna F, care era dependentă de medicaţie. Ea ajunsese aici de la început, ca un substitut pentru faptul de a fi „susţinută” de o persoană, când a început să-şi dea seama că suficienţa ei de-o viaţă a început să se sfărâme. Ea pretindea de la o persoană mai mult decât ar fi

fost posibil să îi ofere cineva. De aceea, a devenit tot mai mult dependentă de drogurile substitut. Câteodată, folosea o supradoză de pastile într-o încercare de a se sinucide şi (inconştient) de a-i pedepsi pe cei care eşuaseră în a fi acolo când avusese mai mare nevoie de ei.

Dna F. (în vârstă de 50 de ani) mi-a fost recomandată de la spital după o tentativă clară de sinucidere. Fusese cât pe ce să moară. Asta se întâmplase într-o vreme când ea se simţise foarte anxioasă şi îi receptase pe cei din jur ca refuzând să ia contactul cu ceea ce simţea ea.

Când a început să mă vadă, s-a spus că sunt motive de ordin practic din cauza cărora ar putea veni doar o dată pe săptămână. Era încă sub medicaţie, pentru stările ei de anxietate şi insomnie, şi avea încă dificultăţi cu somnul. Chiar şi când dormea bine se trezea de obicei anxioasă, ajungând adeseori la nivelul terorii.

Într-o şedinţă, dna F. M-a rugat să vorbesc cu psihiatrul care o recomandase, cerându-i acestuia să-i crească doza sau să-i schimbe medicaţia, spunând că trebuie să ia ceva pentru a diminua aceste sentimente care ajunseseră din nou de nesuportat. Era convinsă că nici dr. Y. (psihiatrul care o recomandase), nici eu nu aveam idee ce terori o încercau în

fiecare zi. Şi nimic nu mergea mai bine. Regreta profund spitalul care reuşise să-i salveze viaţa.

Am fost de acord să discut problema cu dr. Y, dar nu am promis nicio schimbare în medicaţia ei. I-am spus că nu eram convins că mai multă medicaţie era ceea ce îi lipsea cu adevărat

Pacienta: Evident, nu mă înţelegi. Nu vezi că e insuportabil? Trebuie să faci ceva. Nu mai pot continua cu aceste anxietăţi şi terori şi cu insomnia. AM NEVOIE DE MAI MULTE PILULE.

Terapeutul: Văd că există ceva de care ai nevoie cel mai mult. Nu cred că de mai multe pilule, ci de ceea ce înlocuieşte pilulele. Cred că au existat momente când aveai nevoie de o persoană care să fie mai mult la dispoziţia ta: dar ai simţit acea persoană ca nedoritoare sau incapabilă să facă faţă intensităţii sentimentelor tale. Astfel, în locul acesteia, ai încercat să elimini acele sentimente cu pilulele.

Pacienta: Nu pot continua în acest fel. Trebuie să-i soliciţi doctorului Y. Mai multe pilule, sau pilule mai tari.

Terapeutul: Am să-i vorbesc doctorului Y, dar mi-ar plăcea, de asemenea, să fii de acord să-ţi permiţi mai mult timp de gândit săptămâna asta. Te-aş putea vedea peste trei zile, dacă ai fi pregătită să vii atunci.

Dna F. Spunea că ar veni la o şedinţă suplimentară. Între timp am vorbit cu dr. Y., care a fost de acord cu mine că ar fi fost un pas înapoi dacă ar accepta cererea dnei F pentru o medicaţie mai puternică. Era clar că miza pe această dependenţă în diminuarea sentimentelor, mai degrabă, decât să îndrăznească să le trăiască şi să le împărtăşească cu altă persoană pentru a i le înţelege. Trei zile mai târziu, dna F a venit la şedinţă. Era mai calmă şi arăta mai puţin chinuită. Mi-a explicat ce se întâmplase. După ultima şedinţă avuseseră loc câteva evenimente. A eliminat al doilea somnifer, pe care îl lua după miezul nopţii când încă nu dormea (acesta fiind obiceiul ei regulat). S-a sculat dimineaţa şi şi-a dat seama că dormise fără al doilea somnifer.

Apoi, mi-a povestit despre o perioadă a copilăriei, când era cam de trei ani, iar mama era ocupată cu sora ei mai mică. Dna F obişnuia să meargă la magazinul local, aflat în colţul unde locuiau, iar omul de la casierie obişnuia să o lase să se joace cu un biberon. Mama ei îi reproşa acest lucru şi voia să i-l ia, – dar omul de la magazin obişnuia să-i dea altul ori de câte ori îi cerea.

I-am sugerat dnei F. Că tetinele, pe care obişnuia să i le dea vânzătorul, înlocuiau mama de care avea nevoie, dar care

era, practic, absentă. Părea că mama ei nu răspunsese la aceste semnale de anxietate, pe care dna F.

I le dăduse, când căuta tetine în loc să-i spună mamei că are nevoie de mai mult timp împreună cu ea. Astfel, când mama obişnuia să-i ia tetinele, fără să-i mai acorde atenţie, dna F. A simţit poate că ar avea nevoie de mai multe. Dorind mai multe pastile acum era la fel cum dorea tetinc pentru copilul anxios din sine.

Dna F mi-a spus apoi că a fost surprinsă de o amintire din timpul nopţii când dormise fără somniferul suplimentar: „Era atât de viu încât părea ca o experienţă reală în prezent”. A avut senzaţia de a fi în pat cu mama ei (ceea ce se întâmpla uneori când era mică) şi simţea lângă ea „spatele mare, puternic” al mamei. Aceasta era una din cele mai fericite experienţe ale ei din copilărie, de a fi aproape de mama sa care dormea.

Am spus că se poate să fi fost singura perioadă când putea să se sprijine pe mama ei, să-i ceară lucruri secrete în timp ce mama dormea, deoarece nu exista teama de dezaprobare sau interzicere din partea mamei. Dna F. A fost de acord şi a început să plângă. A devenit apoi evident că a găsit alinare neliniştii ei dinainte, fiind capabilă să exprime acest lucru prin plâns în prezenţa cuiva pregătit să ia contact cu ceea ce simţea ea.

Discuţie. De ce această ofertă a unei şedinţe suplimentare a fost diferită pentru dna F. De cea din cazul d-lui S., din exemplul anterior? O trăsătură a întregii vieţi a dnei F. Fusese aceea de a fi văzută întotdeauna ca persoană puternică şi stăpânită, pe care oricine se putea baza. Simţea că nu trebuie să lase pe nimeni să-i ştie sufletul înfricoşat şi dependent. În schimb, ea încerca de obicei să ascundă aceasta pentru a păstra legătura cu ceilalţi, pe care îi simţea că o părăsesc ori de câte ori arăta semne că are nevoie de ajutor. A apelat la medicamente pentru ca să o ajute să ascundă acest fapt. Când reprimarea nu-i ascundea sentimentele, a crescut doza până la limita propriei dispariţii. Oferta suicidului, de aceea, era o încercare de eliminare finală a acelor sentimente pe care nu le mai putea stăpâni singură.

Dacă aş fi urmărit propriul diagnostic al dnei F, potrivit căruia acei oameni n-ar fi putut face faţă când ea ar fi avut mai multă nevoie şi, de aceea, trebuia să ia o medicaţie mai puternică, aş fi smuls un secret în legătură cu impresia imposibilităţii stăpânirii propriilor sentimente dificile. În schimb, avea mai mult sens să provoc nelimitarea la o singură şedinţă pe săptămână. Când ea se aştepta cel mai mult ca eu să nu doresc să rămân în contact cu ceea ce simţea, m-am oferit să

fiu mai mult la dispoziţia ei. Acum avea o şansă, în terapia ei, să retrăiască perioada necesităţii frustrate din copilărie, eu reprezentându-i mama pe care se aştepta încă să o vadă bătând în retragere. Aceasta a stârnit noi amintiri, legate de căutarea substitutelor prezenţei mamei (tetine) e) şi aflarea unei securităţi în timpul somnului mamei – dependenţă secretă manifestată prin faptul că se simte în siguranţă din cauză că mama nu ştia ce se întâmplă.

Treptat, dna F. A îndrăznit să-şi asume deschis disponibilitatea mea, altfel decât în secret, şi efectul acestei „relaţii-asociate" era surprinzător. A început să descopere că cele mai dificile sentimente de stres pot fi ţinute în frâu într-o relaţie. Desigur, mai aveam multă muncă de depus în jurul acestei noi mişcări, spre a o pregăti să fie sigură de sine din nou. Oricum, a devenit destul de clar că fermitatea mea în privinţa nevoii de a fi mai mult timp împreună cu o persoană a ajutat-o să se simtă susţinută de mine, lucru mai potrivit decât să caute liniştea singură, prin intermediul medicaţiei.

După o perioadă de câteva luni, dna F. A început să dezvolte o altfel de siguranţă, bazată acum pe utilizarea unei dependenţe externe, pe care o putea internaliza şi consolida în sine. Nou aflată putere era diferită de suficienţa de sine de o

viaţă. Maturitatea precoce de dinainte, ajunsă la defensivă spre a-i proteja mama suprasolicitată, putea acum să lase loc unei maturităţi mai solide, care era obţinută treptat. De această dată, putea să se bazeze pe propriul ritm, mai mult decât pe al altora, ritm care era mai degrabă elastic decât fragil.

Câţiva ani mai târziu, când soţul a decedat subit, acest proces a fost dramatic confirmat. Doctorul pacientei i-a oferit din nou dnei F calmante, să-i risipească necazul imediat; dar ea i-a spus ferm că ar prefera să-i aranjeze o vizită pentru a-l vedea pe terapeutul ei. Asta a făcut şi s-a lăsat din nou susţinută analitic printr-o relaţie în care se simţea înţeleasă – când a început să plângă această pierdere de care se temuse atât de mult înainte.

CONŢINEREA PRIN INSICHT ŞI INTERPRETARE O *admitere potenţială la spitalul de boli mintale Exemplul 6.4*

Acest exemplu se referă la pacienta care fusese trimisă de acasă de mama sa când a refuzat să mănânce (vezi şi capitolul 1, exemplul 1.1.)

Într-o zi, dna P. A venit la şedinţă într-o stare de alarmă necontrolată. A început să-mi povestească încă din sala de aşteptare. Vorbea foarte repede, tot mai tare, până la a urla. Esenţa a ceea ce spunea era că, acasă, lucrurile scăpaseră de sub

control. Era incapabilă să le facă faţă. Nu mai putea continua. Soţul n-o înţelegea. „El doar stă acolo atât de calm încât nu pare să existe o cale de înţelegere cu el”. Apoi a ţipat la mine (cât putea de tare): NICICUM NU MERGE MAI BINE! CE POT SĂ FAC? NICI ŢIE NU-ŢI PASĂ. La aceasta a luat o pernă şi a aruncat-o spre mine, dar imediat a venit la scaunul meu şi a luat-o înapoi. Ţinea perna strâns şi a început să o legene şi să o hâţâne în braţe. În timpul acestui episod, stăteam chiar pe marginea scaunului, întrebându-mă ce puteam face, – aveam senzaţia că pacienta trebuie spitalizată. Oricum, deşi fusese iniţial într-o stare de disperare necontrolată şi de panică, după ce a început să legene în braţe perna, a devenit mai calmă.

Supervizare internă. Auzisem despre pacientul incapabil să „ajungă la „altcineva. Mi-am dat seama că era, probabil, neliniştită că ar putea fi, la fel, incapabilă să ajungă la mine. De aceea, am revăzut ce se întâmplase, în lumina a ceea ce mai ştiam despre dna P., deoarece aflasem că fusese într-o stare agitată similară de mai multe ori înainte.

Mi-am amintit că fusese trimisă la un spital psihiatric, cu o ocazie anterioară. Aceasta s-a întâmplat după moartea mamei ei; atunci a fost copleşită brusc de sentimente de panică. Soţul era plecat. Chiar când a fost chemat înapoi, panica ei n-a putut fi

stăpânită. Medicul curant fusese chemat şi el, în schimb, acesta a cerut spitalului local de boli mintale să asigure supravegherea care părea imposibilă acasă. Această amintire a provocat alta. Copil fiind, această pacientă fusese expediată de acasă când a devenit foarte nervoasă, după naşterea fratelui ei. A început să refuze hrana şi mama n-a reuşit să rezolve situaţia, pe primul plan aflându-se grija pentru noul născut. De aceea, a aranjat ca dna P. (pe atunci, de patru ani) să fie îngrijită la o casă de copii.

Când mi-am amintit acest lucru, m-am simţit pe un teren familiar. Dna P. Exercitase un impact special asupra mea, pe care aproape sigur îl impusese şi altora în momentele de răscruce, la fel cu acelea de care mi-am amintit în timpul acelei şedinţe. Acei alţii poate că nu au fost în stare să facă faţă reacţiilor provocate de suferinţa ei. Răspunsul lor, în fiecare caz, era de a o expedia.

Dna P. Continua să stârnească în mine gânduri similare de a renunţa la ea [în terapie], de fapt, eram aproape sigur că se aştepta la asta. Dar, după ce a aruncat cu perna în mine (departe de ea), a recuperat-o repede şi a legănat-o în braţe (aproape de sine). Deoarece îmi făceam probleme în legătură cu această secvenţă, am început să sesizez un element de speranţă concomitent cu disperarea imediată. Dna P. Îmi oferea, în fapt,

un model a ceea ce dorea de la mine. Ea ţinea perna aşa cum se ţine un bebeluş. Puteam găsi o modalitate de a conţine copilul, dureros rănit, din sufletul ei, astfel încât (de această dată) să nu trebuiască să renunţ la ea?

Când am recunoscut aceste elemente de comunicare în comportarea ei, am simţit convingerea interioară pe care am decis s-o exprim. Ea încă se legăna, dar era mai liniştită, aşa încât am simţit că era pregătită să mă lase să-i vorbesc.

Terapeutul. Cred că-mi indici ceea ce-ţi trebuie acum cel mai mult. Ai nevoie de cineva care să simtă intensitatea acelor sentimente care te-au înspăimântat atât de mult. (Pauză.) Cred că te aştepţi să te alung, la fel cum au făcut ceilalţi în trecut, dar, eu vreau să continuu să te ajut cu ceea ce simţi – fără a te alunga. (Pauză.) Trebuie să găseşti o cale de a mă face să simt anxietatea şi panica pe care nu le-ai putea împiedica să te cotropească. (Pauză mai lungă.) Ţinând perna strâns acum, nelăsând-o aruncată deoparte, cred că mă faci să recunosc ceea ce este necesar să pot face pentru tine.

Pacienta, înainte atât de terifiant lipsită de control, a devenit mai calmă şi relativ relaxată. Eram îngrozit de sfârşitul acestei şedinţe, în cazul în care ea ar fi simţit o alungare asemănătoare altora. În schimb, ea s-a repliat în timpul ultimelor

zece minute, mi-a mulţumit şi mi-a spus că se simte mai bine Urma să mă vadă la următoarea şedinţă.

Discuţie. Pentru a găsi o modalitate de conţinere a acestei paciente, fusese esenţial să pot recunoaşte speranţa inconştientă exprimată de comportarea ei. Dinamica ce opera aici consta din comunicarea prin identificarea proiectivă, după cum ajunsesem s-o înţeleg.

Dacă n-aş fi fost familiarizat cu acest proces (care este activ, atât de des, la pacienţii care caută relaţii de susţinere), este foarte probabil că şi eu aş fi chemat un doctor. Dar procedând astfel, în aceste circumstanţe, aş fi confirmat fantezia pacientei, conform căreia necazul ei sfârşeşte întotdeauna prin a fi prea mult pentru ca cineva să-i facă faţă. Astfel, frica de abandon, bazată pe greşeli anterioare de conţinere, i s-ar fi accentuat. Cu fiecare abandon, această fantezie ar fi devenit tot mai adânc înrădăcinată şi dificil de eliminat.

Intensitatea impactului provenit de la acest fel de pacienţi e dată de frecvenţa cu care încercări prealabile în obţinerea *confirmerii de către o persoană* au eşuat. Cred că unii pacienţi din spitalele de boli mintale sunt victimizaţi, deoarece sunt prea des abandonaţi de persoane care nu-i pot înţelege. Aceasta conduce la presupunerea că ei nu se pot exprima în siguranţă cu

privire la intensitatea sentimentelor lor faţă de o altă persoană. Şi, dacă cineva îndrăzneşte să-i facă pe un asemenea pacient să spere din nou, acea persoană se poate aştepta să fie testată repetat, în contul anticipatelor erori şi abandonuri.

Deci, dacă nu suntem cu adevărat în stare să înţelegem acest tip de pacient în etapele testării, e, probabil, mai bine să nu ne oferim să încercăm. Numai atunci când terapeutul poate supravieţui testului până la „capătul tunelului”, şi din nou afară, această nouă experienţă poate începe să elimine impresia profundă lăsată de experienţa trecută.

Cu unii pacienţi traumatizaţi ne asumăm o responsabilitate teribilă. Putem face lucrurile mai rele pentru ei, dacă nu reuşim să supravieţuim momentelor când ei au mai mare nevoie de a ne testa capacitatea de supravieţuire. Aşa încât ar trebui doar să oferim conţinere în relaţie, ca o alternativă a medicaţiei sau a spitalului, cu conştiinţa deplină a riscurilor care pot fi implicate. Trebuie să ştim ce ne-am asumat.

L/m *caz bazat pe teama de violenţă*

Ecomplul 6.5

Acesta este exemplul unui pacient folosindu-şi propria formă de comunicare prin impact, prin care el demonstra cu voce tare nevoia de conţinere şi efectele asupra lui ale erorilor

anterioare de a o găsi. Dl. E. A venit la o consultaţie după ce fusese expediat de un număr de alte persoane la care căutase ajutor. Avea treizeci de ani şi deci mai tânăr decât mine. Era, de asemenea, mai înalt (bine peste şase picioare) şi, evident, mai puternic. Aşa că numai prezenţa lui singură avea un impact care a fost curând mult intensificat de comportarea lui.

În timp ce-mi povestea despre felul cum fusese trimis la terapie, a început să strige şi să lovească braţul scaunului cu o violenţă greu reţinută. Puteam, oricum, simţi că ceea ce exprima era doar o parte a sentimentelor sale violente. Cea mai mare parte era înfrânată de un control puternic, ceea ce era o trăsătură majoră a vieţii acestui om. Gândurile lui, îmi spusese, erau pline de fantezii criminale. Viaţa lui a fost ruinată de nevoia de a ţine aceste sentimente sub control constant.

Ceea ce urmează a fost strigat în faţa mea, cuvinte urlate de-a dreptul.

Pacientul: Tu doar stai acolo. Eu ştiu… vei face acelaşi lucru ca toţi ceilalţi. Nu vrei să mă ajuţi. Crezi că sunt incurabil. Toţi spun la fel. Mă ascultă foarte politicos, aşa ca tine, şi apoi îmi arată uşa. Ei cred că sunt violent. NU SUNT UN OM VIOLENT. Îmi recunosc problemele mele, dar nimeni nu mă crede. NU MĂ CREZI, NU-I AŞA? Crezi că am nevoie de

medicamente. Toţi vor să iau medicamente. N-am să iau medicamente. NU AM SĂ IAU MEDICAMENTE. Asta vrei, nu-i aşa? Ai vrea să mă trimiţi la cineva care să-mi dea medicamente. Poate că am fantezii violente, dar asta e altceva. EU NU SUNT UN OM VIOLENT. Nimeni nu mă crede când încep să le spun aceasta.

Supervizare internă. Simţeam cum devin tot mai neliniştit. Mi-am dat seama că eram la capătul receptării unei puternice identificări proiective, şi, totuşi, nu eram sigur ce mi s-a inoculat exact. Cu certitudine aveam de-a face cu sentimente violente, dar sentimentele mele nu erau violente – *mă simţ*eam *înfricojat*.

Ştiam că acest pacient făcuse numeroase încercări de tratament fără succes. S-a întâlnit cu oameni care au reacţionat la el, cum ar spune Bion, ca şi cum ei ar fi „lucruri care conţin ceva, înfricoşate de ceea ce conţin” (Bion, 1967b). Aceste abandonuri repetate trebuie că s-au adăugat la teama acestui om de propria lui violenţă. Puteam să-i fac faţă?

După acest şuvoi de ţipete, I-am întrerupt pe dl. E.

Teraf) *tutul*: Te gândeşti şi vorbeşti cu mine, bazându-te pe ceea ce ai simţit cu alţi oameni. Mi-ar plăcea să-ţi spun şi eu ce gândesc. Te aştepţi să te expediez, dar nu am s-o fac Am să

mă ofer să te preiau în terapie. Oricum, pun o condiţie. Ştiu că ai o mulţime de sentimente violente, pe care trebuie să le exprimi în terapie. Poţi aduce cât de multă violenţă aici, atât timp cât se rezumă la cuvinte. Dacă aceasta devine violenţă fizică, nu-ţi pot promite că voi fi capabil să continuu să te tratez”.

Pacientul: Deci, ţi-e teamă! (Pauză.)

Terapeutul: Da, eşti capabil să mă faci să mă tem de violenţa ta, dar cred că poate fi exact cea pe care simţi nevoia să mi-o faci cunoscută – fără a trebui să te expediez. Cred că este propria ta frică de sentimentele tale violente, pentru care simţi nevoia să te ajut.

Dl. E. A început să se calmeze. A înţeles ce îi spusesem. Cred că a recunoscut, chiar atunci, că era adevărat. M-a lăsat să-i tratez, şi, chiar dacă nu putea să vină să mă vadă decât o dată pe săptămână, puteam să-i reţin în terapie fără medicaţie.

Discuţie. Chiar de la început, mi se ofereau toate indicaţiile, doar trebuia să le văd. Din fericire, eram capabil să recunosc legătura absentă, când dl. E. A accentuat starea mea de frică. *Eu eram îfijricoşat de violenţa lui* 5/ *la fel era* 5/ *el*. Atunci am ştiut că trebuia să fiu pregătit de a fi în contact cu această frică, dacă doream să fiu în stare să-i ajut, şi el trebuia să afle persoana care ar putea tolera aceasta. El încercase cu alţii,

care poate au pierdut această comunicare sau nu au dorit să aibă de-a face cu ea, dar el nu abandonase (de tot) speranţa că frica lui de propria violenţă ar putea fi cândva conţinută de altă persoană şi descoperită ca fiind de stăpânit.

episoade psihotice: o secvenţă clinică dezvoltată *Exem* o*lul 6.6*

Un pacient în vârstă de 25 de ani (dra W.) se afla în terapie o dată pe săptămână. Ea mi-a fost recomandată deoarece terapeutul ei dinainte pleca din ţară şi, de aceea, nu putea continua să o vadă.

Acea terapie anterioară a fost efectuată sub supervizare. În timpul ei, dra W. A trecut printr-o scurtă cădere psifiotică. Cu acea ocazie a fost spitalizată şase săptămâni într-un spital de boli mintale unde terapeutului i s-a permis să continue să o vadă. (Voi denumi spitalul: A.). Deşi medicul spitalului dorise să o supună unui tratament cu Stelazină, i s-a sugerat de către medicul psihoterapeut supervizor să o menţină pe dra W. Numai cu Valium. Următorul an de la acea terapie, doctorul supervizor recomandase că dra W. Ar putea fi mai bine conţinută dacă terapia ei ar fi mai puţin intensă. Aşa s-a dovedit a fi cazul. De aceea, mi-a fost recomandată mie şi eu o vedeam doar o dată pe

săptămână.

Am văzut-o pe dra *W*. Pe tot parcursul verii, înainte de a-mi lua prima vacanţă de la începutul terapiei ei. Am fost plecat patru săptămâni. Când m-am întors, am aflat că fusese internată la spitalul B., căzând în psihoză în timpul ultimei săptămâni a absenţei mele. Psihiatrul ei din acest spital i-a administrat Stelazină şi n-a revenit asupra acestei decizii, chiar dacă i-am cerut să se consulte cu spitalul A., unde se dovedise că dra W. Poate ajunge la conţinere doar cu Valium.

De această dată, dra W. Era în spital de patru luni. Deşi o vizitam acolo regulat, eram constant incapabil să iau contact cu ea la nivelul oricărui sentiment. Părea împietrită şi fără viaţă. Spunea că i se pare că încearcă să vorbească oamenilor prin lână”.

Spre sfârşitul acestor patru luni, am început să simt că puteam să resuscitez un contact semnificativ cu această pacientă. Începea să aibă din nou sentimente. Când era să fie externată, medicul psihiatru mi-a declarat că îmbunătăţirea se datora tratamentului cu Stelazină. Mi-a amintit că nu sunt doctor, aşa încât nu sunt capabil să apreciez necesităţile drei W. În măsura în care o făcea el.

Când dra W. M-a văzut din nou în camera mea de

consultaţii, mi s-a confesat că, şase săptămâni înainte de a părăsi spitalul B., arunca pastilele în loc să le ia. Se simţise atât de îndepărtată de oameni, în timp ce lua încă Stelazină, încât i s-a părut că e singurul lucru de făcut. Mi-a spus că nu fusese capabilă să se folosească de vreuna dintre vizitele mele, în timp ce continua să fie „umflată” cu pilule.

După ce am continuat să o văd pe dra *W*. *O* dată pe săptămână, timp de doi ani, mama ei a decedat. La acea vreme, a făcut faţă situaţiei, în mare, neadmiţând să simtă ceva în legătură cu aceasta, şi a continuat să-şi conducă viaţa de zi cu zi fără a fi vizibil necăjită.

Apoi, mai multe săptămâni înaintea următoarei mele vacanţe de vară, am primit prin poştă un plic conţinând o bucată de hârtie pe care fusese desenat un triunghi foarte mic şi o singură iniţială alături de el. Scrisul era evident tremurat şi mi-a amintit de „scrierea tip Stelazina cu care eram familiarizat din timpul când dra W. Fusese în spital. Ştampila era din apropierea spitalului A., iar iniţială era aceea a prenumelui drei W.

Telefonând la spitalul A., am aflat că această pacientă fusese admisă acolo cu două zile înainte, în stare de psihoză. Am luat legătura cu noul ei doctor, care spunea că şi ea începusc

să-i administreze drei W. Stelazină, dar a fost de acord să o preschimbe cu Valium şi să-mi îngăduie s-o vizitez.

Când am văzut-o pe dra W., ea m-a recunoscut imediat, chiar dacă era într-un fel de transă. Mi-a vorbit în ţâşniri de cuvinte, nu toate fiind inteligibile sau coerente. Dar din această comunicare am reuşit să înţeleg următoarele:

Pacienta. Yoga… (Pauză.) Căzând… totul căzând… nemaioprindu-se. (Pauză.) Fiind ţinută… profesorul de Yoga ţinându-mă… (Pauză.) În bucăţi… Ei mi-au scris… clasa de Yoga… (Pauză.) Şase luni de când nu fusese până… Cad din nou… Nu pot opri căderea.

Punând la un loc ce se putea din aceste fragmente, am început să-mi dau seama că ea îmi povestea despre o vizită la o clasă de Yoga, prima după decesul mamei sale. Tema reluată a căderii îmi aducea aminte de definiţia lui Winnicott (1965b) a „căderii pentru totdeauna” ca una din „anxietăţile de negândit” şi „făcându-se bucăţi” ca altele (p. 58).

Cu ajutorul acestor indicii, am sesizat ce s-a putut întâmpla. Întorcându-se la clasa de Yoga, dra W. Fusese dintr-odată lovită de înţelegerea afectivă a morţii mamei sale. Aceasta pare să o fi aruncat înapoi, într-un stadiu regresiv, unde ea devenea copilul de care nu-i păsa nimănui. Profesorul de

Yoga o susţinuse fizic. Avea nevoie de altfel de susţinere din partea mea. De aceea, am început să interpretez ceea ce credeam că simte.

Terapeutul: Când ai fost ultima dată la clasa de Yoga mama era încă în viaţă. Poate erai capabilă să întârzii asumarea realităţii decesului ei, până la întoarcerea la această oră… (Pauză.) Întorcându-mă, cred că ai realizat dintr-odată cum s-a schimbat lumea ta de când ai fost acolo ultima dată: persoana care cândva te susţinuse pe când erai copil nu mai e acolo pentru tine acum. (Pauză.) Lumea familiară ţie, în care de obicei exista o mamă pentru tine, acum s-a făcut bucăţi… Aceasta te-a făcut să simţi că te prăbuşeşti, neavând pe nimeni alături să oprească căderea şi pe nimeni să te susţină.

Pacienta: (O pauză liniştită) Căderea s-a oprit acum… Eşti acolo să mă susţii… Tu ai oprit căderea…

Într-o jumătate de oră, dra W. A trecut de la psihoza halucinantă la situaţia de a fi în stare să rămână în contact cu realitatea ei. Bănuiala mea că putea fi înţelegerea afectivă a morţii mamei ei s-a dovedit corectă. Capacitatea mea de a interpreta ce simţea m-a ajutat să-i asigur asistenţa necesară. Prin aceasta am fost capabil să intru în contact cu ceea ce simţea ea, iar ea nu a fost lăsată să se simtă atât de singură. Experienţa

ei de necontrolat a început să fie controlabilă şi n-a trebuit să revină la psihoză pentru a evita durerea insuportabilă de a deveni brusc conştientă de pierderea mamei.

Dra W. A mai fost ţinută în spital pentru alte zece zile, timp în care am mai văzut-o o dată. I s-a permis să stea acasă la tatăl ei, pentru o perioadă de încercare de o săptămână. Apoi s-a întors la spital pentru externare şi a revenit la slujba ei dintotdeauna. Cu totul, fusese departe de slujba ei numai pentru trei săptămâni. La două zile după ce s-a întors la muncă, dra W. A venit să mă vadă. Tatăl ei tocmai murise de un atac de inimă. M-am simţit imediat afectat în legătură cu capacitatea ei de a fi în stare să facă faţă tuturor celor întâmplate dintr-odată. Mi-am amintit cealaltă vacanţă de vară, când regresase într-o stare psihotică prelungită. Aveam numai două săptămâni înainte de a pleca din nou pentru o vacanţă de vară. Toate mijloacele de sprijin cunoscute i-au fost răpite dintr-odată.

Am aranjat ca dra W. Să mă vadă la întoarcerea la slujbă, după ce fusese la funeraliile tatălui. Când a venit, eram interesat să văd dacă mai era în contact cu sentimentele ei, comparativ cu perioada de după moartea mamei ei. Era oarecum tulburată, dar era capabilă să tolereze acest contact. Asta era ceva nou.

Deoarece fusesem mai devreme atât de neliniştit în

legătură cu felul cum dra W. Putea să facă faţă singură în timpul vacanţei mele de vară, i-am îndreptat atenţia spunându-i cât de bine face faţă acestei a doua experienţe a morţii. I-am spus că fusesem îngrijorat de faptul de a fi singură în timpul verii, cu atâtea întâmplări care au avut loc. Că acum simţeam că va fi în ordine cât timp voi fi plecat. Mai târziu, am adăugat că era ca şi cum ultimele săptămâni, în timpul cărora ea a trebuit să accepte decesul mamei” sale, au pregătit-o într-un fel să se obişnuiască şi cu decesul tatălui.

Dra W. A venit la ultima şedinţă înainte de vacanţa mea. Mi-am dat seama curând că era din nou la marginea psihozei. Am început să mă întreb ce a putut declanşa acest nou episod, dar ea mi-a furnizat imediat indiciul de care aveam nevoie. Ea se simţise deplin stăpână până când a venit în camera de consultaţii. Fusese bine şi la slujbă şi acasă, – dar „a început să se simtă ameţită” *pe drumul spre mine*. M-am simţit impulsionat să reexaminez interacţiunea dintre mine şi această pacientă.

Supervizare internă. Folosind identificarea de încercare, mi-am amintit de ultima şedinţă a pacientei. M-am ascultat încercând să o reasigur. Poate că ea mă simţea ca nemaifiind în contact cu starea ei precară (nu eram atât de neliniştit în privinţa

ei, precum era ea). În acelaşi timp, îi comunicam inconştient anxietatea mea denegată în privinţa capacităţii ei de a face faţă de una singură (altfel de ce aş fi încercat să o reasigur?). Aceasta m-a ajutat să-i ofer o interpretare.

Terapeutul: Cred că ultima şedinţă nu ţi-a fost de ajutor. Poate că am indus ceva din propria-mi anxietate în tine în legătură cu faptul dacă vei face faţă pe timpul vacanţei de vară. Când am încercat să mă reasigur în această privinţă, cred că efectul asupra ta a fost opus, ca şi cum aş fi încercat să ignor ceea ce simţeai. Mai bine să rămân în contact cu ceea ce *simţi*, decât să sugerez că ai putea să simţi în alt fel.

Pacienta: Sunt bucuroasă că ţi-ai dat seama de aceasta. Am simţit că mai degrabă ai să continui despre cum am să fac faţă, şi nu sunt foarte sigură că aş putea. Apoi păreai să fii departe de mine. Aceasta m-a făcut să mă simt din nou singură. Acum nu mă simt aşa singură.

Dra W. A revenit de pe marginea altei psihoze. Am plecat în vacanţă, iar ea s-a întors la muncă şi a rămas acolo. N-a găsit pauza în terapie foarte uşoară în acest moment particular şi, totuşi, a făcut faţă singură – descoperind noi resurse în ea însăşi.

Discuţie. Starea susţinerii analitice a acestei paciente depindea, în fiecare moment critic al secvenţei, de măsura în

care eram capabil să fiu în contact cu ea. Existau diverse obstacole apărute în cale. Când era tratată cu Stelazină, ea era conţinută medical, dar nu putea fi atinsă emoţional. Aceasta s-ar fi putut realiza numai dacă i s-ar fi permis să realizeze singură susţinerea prin *imight* sau prin relaţionare. Medicaţia îi crease o barieră în contactul cu propriile sentimente sau cu încercările mele de a ajunge la ea. Când nu era tratată cu Stelazină, obstacolul care începea să iasă în cale avea mai mult de a face cu incertitudinea mea în legătură cu puterile ei sau cu abilitatea mea de a o conjine.

În timp ce mă comportam într-un fel prin care îi comunicam în mod inconştient propriile mele îndoieli faţă de ea, cât şi distanţarea mea faţă de ceea ce simţea, pacienta s-a simţit, desigur, lăsată singură cu anxietatea ei. Ea a reuşit să facă faţă din nou anxietăţii numai când i-am arătat ce am înţeles din îndemnurile ei inconştiente, comunicate atât de clar în timpul acestei ultime şedinţe. Doar atunci putea fi reluată susţinerea terapeutică, şi nu înainte.

6. DINAMICA FUNDAMENTALĂ A CONŢINERII

O TRECERE ÎN REVISTĂ A EXEMPLELOR

L

În acest capitol, am oferit variaţiuni pe o singură temă.

Suntem învăţaţi că „reasigurarea nu reasigură niciodată”. Acesta este un principiu uşor de amintit, dar nu întotdeauna tot atât de uşor de aplicat. De aceea, am dat exemple pentru a ilustra aspecte ale dinamicilor care operează când urmăm acest impuls de a folosi reasigurarea.

În astfel de momente este, de asemenea, dificil să punem în practică o altă maximă a tehnicii, şi anume aceea că „cea mai bună conţinere este o bună interpretare”. Aceasta înseamnă a fi capabil de a înţelege ceea ce spune şi simte pacientul, şi de a-i transmite această înţelegere pacientului, aplicarea maximei implică şi o bună sincronizare. Dacă o interpretare este făcută cu o acurateţe în conţinut, dar prost sincronizată, interpretarea nu este potrivită, – poate fi chiar resimţită de pacient drept persecutorie.

De aceea, conţinerea analitică este întotdeauna bazată pe capacitatea de a tolera deschis contactul cu ceea ce simte cealaltă persoană, chiar trăind tu însuţi acele sentimente. Trebuie să existe, de asemenea, o modalitate de a folosi interpretativ sentimentele induse în terapeut de către pacient.

Oricum, orice interpretare bazată pe impact ar trebui să includă o conştientizare a motivului pentru care pacientul are nevoie ca terapeutul să resimtă ceea ce însuşi pacientul a simţit.

Dacă nu e încă posibil să înţelegem că această comunicare este făcută cu un scop, există atunci riscul serios ca terapeutul să răspundă nepotrivit, fie prin *evitare* sau printr-o anumită comportare resimţită de către pacient drept *răzbunare*. De obicei, pacientul se aşteaptă la unul din aceste răspunsuri, răspuns învăţat din greşelile făcute în cadrul relaţiilor sale din trecut.

Pacienţii m-au învăţat că, atunci când îmi propun să receptez (să fiu invadat chiar de) sentimentele insuportabile ale pacientului, şi dacă pot simţi aceasta (paradoxal) atât ca insuportabil, cât şi ca suportabil, atunci sunt încă în stare să găsesc o cale de a continua şi de a iniţia „dezamorsarea" spaimei prezente în cele mai dificile sentimente ale pacjentului.

În concluzie, terapeuţii trebuie să fie în stare să interpreteze şi, la fel de bine, să conţină. Conţinerea pasivă nu este suficientă, deoarece alimentează fantasma terapeutului, făcându-l incapabil să continue să funcţioneze ca terapeut. Interpretarea singură nu e suficientă, mai ales dacă este resimţită ca menţinerea de către terapeut a distanţei de protecţie faţă de ceea ce pacientul are nevoie să comunice. Tehnica psihoterapeutică trebuie să fie capabilă să combine aceste două funcţiuni, în aşa fel încât pacientul să poată avea sentimentul

unui contact real cu terapeutul şi, totuşi, să constate că terapeutul este capabil să continue să funcţioneze.

Capacitatea unui terapeut de a-i oferi pacientului această conţinere analitică este descoperită printr-o supravieţuire reală (şi recunoscută) a ceea ce pacientul a simţit ca fiind cel mai rău în el sau în ea (Winnicott, 1971, cap. 6).

NOTE

1. „Addictive means”, în engleză, în original, adică, mijloace prin care o persoană devine dependentă de alcool, droguri, sex promiscuu etc. [N. Ed.]

2. Eu nu mă limitez la viziunea lui Bion asupra conţinerii, dar s-ar putea să fie folositor să avem o descriere a acesteia. În cartea sa *Identificare proiectivă* ji *clivaj*, Grotstein (1981) spune despre aceasta: „Concepţia lui Bion este a unei activităţi proces elaborate de la început, care acţionează ca o *prismă* pentru a reflecta plânsul intens al bebeluşului în componenţii spectrului de culori, aşa zicând, ca şi cum le sortează şi le releagă într-o ierarhie de importanţă şi de acţiune mintală. Astfel, conţinerea este pentru Bion un proces foarte activ care implică simţire, gândire, organizare şi acţiune. Tăcerea ar fi ultima parte a ei” (p. 134).

7. SUSŢINEREA ANALITICĂ SUB PRESIUNE

D

opresc acum să dau un exemplu clinic în care conţinerea devine o problemă de importanţă centrală, de care depinde rezultatul final ai analizei. Ca întotdeauna, atunci când analistul sau terapeutul se află într-o stare de stres, se testează cel mai mult susţinerea analitică.

Când presiunea de la un pacient devine extremă, trebuie evitate în special două capcane. Una este ca terapeutul să caute siguranţă aderând rigid la regulile obişnuite ale tehnicii, – însă pacienţii nu se simt în siguranţă cu un terapeut care se apără astfel. Cealaltă capcană este ca terapeutul să părăsească cadrul analitic, pentru a se acomoda la noile condiţii; pacienţii percep de obicei alarma terapeutului când acesta recurge la modalităţi noi de lucru. Totuşi, câteodată, trebuie să introducem o excepţie. Atunci când o facem, trebuie să anticipăm implicaţiile ei posibile pentru pacient şi să urmărim îndeaproape repercusiunile care decurg de aici (vezi, Eissler, 1953).

Pentru a ilustra această dilemă, voi prezenta în continuare o secvenţă din analiza dnei B., câteva luni după cea descrisă în capitolul 5.

FUNDALUL SECVENŢEI CLINICE

După ce dna B. A retrăit accidentul (în care fusese opărită cu apă fierbinte), mi-am imaginat că ceva mai rău nu mai putea surveni în cursul analizei ei. Mă gândeam la ceea ce spusese Winnicott (1970): „Nu există sfârşit decât dacă s-a atins fundul jgheabului, decât dacă *lucrul cel mai de temut a fost trăit*" (p. 105).

Ştiam că dna B. Fusese operată la vârsta de şaptesprezece luni, cu anestezie locală, pentru a permite creşterea pielii noi de sub ţesuturile arse cicatrizate. Mai ştiam că mama ei leşinase în timpul operaţiei, lăsând copilul faţă în faţă cu chirurgul care a continuat operaţia neţinând cont de cele întâmplate. Brusc, a ţâşnit în conştient amintirea acelei trăiri, pe când dna B. Se simţea deosebit de abandonată în relaţia maritală; şi-a amintit că ea credea atunci că chirurgul voia să o omoare cu bisturiul lui. În timpul operaţiei, se pare că s-a sustras acestei trăiri imposibile, pierzându-şi cunoştinţa. (De fapt, tocmai tulburarea provocată de această amintire o determinase iniţial pe dna B. Să apeleze ia ajutor psihanalitic.)

Deşi cunoşteam detaliile acelei amintiri timpurii, mă gândeam că nu se poate compara cu experienţa accidentului, prezentată în şedinţa anterioară. Voiam să cred că atinsesem deja „fundul jgheabului".

SECVENŢA CLINICĂ’

Curând după vacanţa de vară, dna B. A prezentat următorul vis. *Încerca să hrănească un copil disperat. Copilul stătea în picioare şi avea în jur de zece luni. Nu era clar dacă copilul era băiat sau fată.* Dna B. Se întreba despre vârsta copilului. Fiul ei urma să împlinească zece luni în curând. Putea deja să stea în picioare. Şi ea putea sta în picioare la zece luni. (Asta trebuie să fi fost înainte de accident.) „De ce e copilul din vis atât de disperat?" a întrebat. Fiul ei era vioi, iar ea a presupus că şi ea trebuie să fi fost un copil normal şi fericit până la accident.

M-am simţit îndemnat să-i amintesc dnei B. Cum se agăţase de o imagine idealizată a copilăriei sale de dinaintea accidentului. Îndrăznea acum să pună la îndoială acest lucru? Prin urmare, comentariul meu a menţionat posibilitatea ca ea să aibă dubii legate de acea perioadă de dinaintea accidentului. Poate că nu toate lucrurile erau atât de fericite pe cât avea ea nevoie să creadă. Imediat a ridicat mâna, cerându-mi să mă opresc.

Pe durata tăcerii care a urmat m-am întrebat care e cauza prezentei ei anxietăţi. Mai avea pacienta nevoie să considere tot ceea ce fusese înaintea accidentului ca fiind perfect? Oare era

accidentul însuşi folosit ca o amintire-de-acoperire? M-am gândit că ar fi probabil. După un timp, am spus că părea să-i fie teamă să găsească orice experienţă negativă în perioada de dinaintea accidentului, ca şi când ceea ce fusese bun înainte trebuia păstrat complet separat de răul care a urmat. A ascultat în tăcere, neavând nicio reacţie perceptibilă de răspuns pe tot restul şedinţei.

Ziua următoare, dna B. A sosit la şedinţă cu o expresie de groază pe chip. În timpul acestei şedinţe şi a următoarelor cinci nu s-a putut întinde pe canapea. Mi-a explicat că atunci când am continuat să vorbesc, după ce ea îmi ceruse să mă opresc, canapeaua „devenise” masa de operaţie – iar eu, în ipostaza chirurgului care a continuat să opereze neţinând cont de faptul că mama ei leşinase. Nu putea acum să se întindă, „deoarece experienţa ar fi continuat”. Era sigură că nimic nu mai putea opri această experienţă.

Într-una din aceste şedinţe, în care a stat aşezată pe scaun, dna B. Mi-a arătat o fotografie cu casa ei de vacanţă, construită pe versantul unui munte cu ziduri înalte de susţinere. Ea a subliniat cât de importante erau acele ziduri pentru a preveni prăbuşirea casei, îi era teamă să nu cadă de tot. Simţea că asta i s-a întâmplat după ce mama ei a leşinat.

Dna B. Şi-a adus aminte cum, înainte, crezuse că mama ei murise, atunci când a dispărut din câmpul ei vizual în timpul operaţiei. Acum, în această şedinţă, mi-a povestit o parte a acelei experienţe pe care nu o menţionase înainte.

La începutul operaţiei, mama dnei B. O ţinea de mâini, şi şi-a amintit teroarea ei când a simţit mâinile mamei alunecând din mâinile ei, pe când a leşinat şi a dispărut. Acum se gândeşte că, de atunci, tot încerca să-i regăsească mâinile mamei.

Dna B. A început să scoată în evidenţă importanţa contactului fizic pentru ea. A spus că nu era în stare să se întindă din nou pe canapea decât dacă ar fi ştiut că mă putea ţine pe mine de mână, dacă ar fi fost nevoie, pentru a trece prin această retrăire a experienţei operaţiei. Îi permiteam acest lucru sau o refuzam? Dacă aş refuza-o, nu era sigură că putea să-şi continue analiza.

Iniţial, reacţia mea de răspuns a fost să o fac să-şi dea seama că avea nevoie să mă ştie „în legătură” cu intensitatea anxietăţii ei. Totuşi ea insista să ştie dacă îi voi da voie să mă ţină de mână sau nu. M-am simţit sub o tensiune crescândă, din cauză că eram atât de aproape de sfârşitul acestei şedinţe de vineri, iar eu mă temeam că pacienta ar putea într-adevăr să părăsească analiza.

Comentariul meu următor a fost defensiv echivoc. Am spus că unii analişti nu ar accepta aşa ceva, însă cu îmi dădeam seama că s-ar putea ca ea să aibă nevoie de a-mi ţine mâna, dacă aceasta era singura modalitate de a parcurge această experienţă. Când a auzit asta a răsuflat cumva uşurată.

În timpul weekend-ului, am trecut în revistă implicaţiile acestei posibilităţi ca pacienta să mă ţină de mână. În timp ce reflectam asupra contratransferului meu în jurul acestei probleme, mi-am dat seama de următoarele puncte importante: (1) mă ofeream de fapt să fiu „mama mai bună”, care rămâne să o ţină de mână, spre deosebire de adevărata mamă, care nu a putut suporta ceea ce se întâmpla, – (2) oferta mea a fost parţial motivată de teama de a pierde pacienta, (3) dacă aş ţine-o de mână, cu siguranţă nu ar ajuta-o, aşa cum credea ea, să treacă prin retrăirea traumei iniţiale. (Un detaliu central fusese *absenţa* mâinilor mamei.) În schimb, nepermiţându-i să mă ţină de mână, ar fi o ocolire a acestui factor cheie al traumei şi ar putea întări simţământul pacientei că trauma fost prea groaznică pentru a putea fi în totalitate amintită şi retrăită. Prin urmare, am hotărât că trebuie să trecem în revistă implicaţiile acestei oferte, de îndată ce vom avea ocazia să o facem.

Duminică, am primit o scrisoare adusă de un mesager, în care pacienta spunea că a avut alt vis cu copilul disperat, însă de data aceasta erau semne de speranţă. *Copilul se târa spre o figură imobilă, aşteptând cu nerăbdare să ajungă la acea figură*.

Luni, deşi oarecum reasigurată de acel vis, dna B. S-a aşezat pe canapea fără să se întindă. Ea a văzut figura centrală din vis ca reprezentându-mă pe mine, eu reprezentând-o, la rândul meu, pe mama care era absentă. A mai subliniat că nu voia ca eu să aştept ca să-i aflu visul, i-am interpretat teama că eu n-aş fi avut răbdare să aştept pentru a fi liniştit din nou, iar ea a fost de acord cu această interpretare. Îi era teamă că m-aş fi prăbuşit, în timpul sfârşitului de săptămână, sub greutatea şedinţei de vineri, dacă aş fi fost lăsat, până luni, fără să aflu că ea începuse să-şi recâştige speranţa.

Pe măsură ce se desfăşura această şedinţă, a reieşit clar că dna B. Considera posibilitatea de a-mi ţine mâna ca pe o „scurtătură" către o stare de siguranţă. Voia ca eu să fiu figura imobilă, controlată de ea şi căreia nu i se dă voie să se mişte, spre care ea se îndreaptă de-a buşilea – cu aşteptarea incitantă că, în final, i se va permite să mă atingă. Apoi, dna B. A relatat o imagine care era continuarea, în starea de trezie, visului pe

care mi-l comunicase în scris. A văzut copilul din vis atingând figura centrală, care însă s-a sfărâmat şi s-a prăbuşit la prima atingere.

Cu acest indiciu în minte, i-am spus că am reflectat atent asupra acestei probleme şi că am ajuns la concluzia că am fost tentat să-i permit să mă ţină de mână pentru că, astfel, părea să o ajut să treacă prin experienţa de care era atât de îngrozită, însă, acum, îmi dădeam seama că nu ar fi fost decât o evitare a acelei trăiri, *aşa cum fusese ea* resimţită iniţial. După o pauză, am continuat spunându-i că, dacă aş fi acceptat să evit factorul central al experienţei originare, aş înşela-o în calitatea mea de analist. Prin urmare, nu consideram potrivit să-i dau posibilitatea de a mă ţine de mână ia alegerea ei.

Dna B. Arăta foarte uluită. M-a întrebat dacă îmi dădeam seama ce am făcut. Mi-am luat mâna de pe ea, exact aşa cum făcuse mama ei, şi a presupus imediat că nici eu nu suportam să-i fiu alături în ceea ce avea ea de trecut. Nimic din ce am mai spus nu a putut să-i schimbe concluzia că îmi era teamă să mă atingă.

Ziua următoare, reacţia de răspuns la ceea ce-i spusesem a fost devastatoare. Şezând încă pe canapea, mi-a spus că simţea braţul stâng (cel dinspre mine) „opărit". O arsesem. Nu putea

accepta nicio interpretare din partea mea. Numai un răspuns fizic real din partea mea ar mai fi putut însemna ceva. Dorea să-şi întrerupă analiza, să scape de ceea ce i se întâmpla în şedinţe. Nu mai putea avea niciodată încredere în mine.

Am încercat să interpretez că încrederea în mama ei, oarecum restabilită după accident, părea să se fi pierdut total după ce mama leşinase. Această ultimă ruptură a încrederii i-a stat în cale, mai târziu, în relaţia cu mama ei. Simţeam că tocmai acest lucru încerca acum să-i pună în scenă cu mine, cu scopul de a afla dacă această breşă de încredere se putea repara. A ascultat, a dat din cap înţelegător, dar a repetat că breşa era imposibil de reparat.

Ziua următoare, dna B. Încă mai era mânioasă pe mine pentru ceea ce ea considera retragerea mea din preajma ei. Posibilitatea de a-mi ţine mâna fusese pentru ea la fel de reală ca o adevărată ţinere de mână. Era sigură că nu ar fi profitat de oferta făcută. Era de importanţă vitală pentru ea ca eu să fi fost pregătit să accept acest lucru, însă, răzgândirea mea a devenit pentru ea un refuz al sprijinului de care avea atâta nevoie. Pentru ea eu *eram* acum mama care se speriase. Braţul parcă i-ar fi fost cuprins de flăcări. Pentru ea, eu mă temeam să nu mă ard,

la rândul meu.

Dna B. Mi-a spus că, cu o zi înainte, imediat după şedinţa cu mine, ajunsese „în pragul sinuciderii”. A scăpat doar cu ajutorul unei prietene pe care o rugase să o primească în vizită oricând ar fi simţit că nu mai rezistă. Până la urmă, nu a avut nevoie să-şi viziteze prietena, disponibilitatea prietenei e cea care a ajutat-o să nu se omoare. Mi-a reproşat faptul că prietena a înţeles corect nevoia ei. Eu de ce nu puteam?

I-am spus că nu avea nevoie să obţină de la mine ceea ce putea obţine de la alţii. De la mine avea nevoie de ceva diferit. Avea nevoie să nu o împac oferindu-mă să fiu „mama mai bună”. Era important ca eu să nu mă tem de mânia ei, sau de disperarea ei, pentru a o putea asista de-a lungul retrăirii experienţei de a nu se putea ţine de mâinile mamei. (Pauză.) Mai avea nevoie să rămân analist, mai degrabă, decât

O mamă „presupusă”. Prin urmare, era foarte important să nu fac nimic care ar putea sugera că mă protejez faţă de ceea ce ea trăia sau simţea despre mine. A ascultat şi s-a calmat. Apoi, imediat înainte de a se termina şedinţa, s-a întins pe canapea. Şi-a reluat astfel poziţia pentru şedinţe.

Voi rezuma acum următoarele două săptămâni. Dna B. A visat că *se ajla pierdută în nesiguranţă printre oameni ciudaţi*,

cu care nu găsea un limbaj comun. Am interpretat anxietatea ei în legătură cu posibilitatea unui limbaj comun cu mine. Într-o şedinţă, a avut imaginea unui copil care plângea cu lacrimi de piatră, ceea ce eu am interpretat ca fiind lacrimile unui copil împietrit (ea însăşi). A visat *un bebeluş foarte mic* ji *căruia*

I se *refuza singura hrană pe care şi-o dorea, hrana era acolo, însă o persoană înaltă nu-i dădea voie să*) *i-o ia*. În alt vis, *trăia groaza anticipării unei explozii*.

Tot timpul a persistat în convingerea că nu mai putea avea încredere în mine şi mă simţea ca fiindu-mi teamă de ea. În acelaşi timp, mi-a spus că soţul ei o încuraja să-şi continue analiza, deşi avea parte de destule „şuturi" din cauza ei. Asta era ceva nou. Am interpretat că, la un anumit nivel, ea devenea conştientă că sunt în stare să-i suport „şuturile" din analiza ei.

În scurt timp, dna B. A relatat următoarele două vise, în aceeaşi şedinţă. În primul, *ea ducea un copil în Jiecare zi la mama ei pentru a ordona puţin haosul*, ceea ce eu am interpretat ca fiind ea, aducându-şi copilul din sine la mine, pentru a pune ordine în haosul sentimentelor ei pentru mine, ca mamă în care încă nu putea avea încredere. A fost de acord cu această interpretare, însă a adăugat că nu va aduce copilul de mână. Trebuia să-i tragă pe copilul-sine de păr ca să vină.

În al doilea vis, *cădea prin aer*, *convinsă că urma să moară*, *în ciuda faptului că era ţinută de o paraşută cu un elicopter deasupra ei*, *supraveghind-o*.

Îşi dădea seama de contradicţii (sigură că moare, fiind de fapt în siguranţă), însă asta nu o împiedica să se simtă îngrozitor în vis şi, în continuare, îngrozită de mine în şedinţă. A subliniat că nu era sigură dacă îmi dădeam seama de convingerea ei că ea murea pe dinăuntru.

În lunea următoare, dna B. Mi-a spus că visase că *venise pentru ultima ledinţă*, *deoarece nu mai putea continua*. *Începuse căderea totală*, *canapeaua «camera căzând cu ea*. *Era ceva fără punct şi fără sfârâit*.

În ziua următoare, pacienta simţise că înnebuneşte. Visase că *între noi era un geam*, *aşa că nu mă putea atinge sau vedea clar Era ca parbrizul unei maşini fără ştergăloare pe timp de furtună*. Am interpretat incapacitatea ei de a simţi că pot fi în legătură cu ceea ce simţea ea din cauza barierei dintre noi – creată de furtuna sentimentelor ei lăuntrice. Asta o împiedica să mă vadă clar, la fel cum se întâmplase şi cu mama ei. A fost de acord şi s-a prăbuşit într-un plâns în hohote, zvârcolindu-se pe canapea, chinuită de durere. La sfârşitul şedinţei a fost cuprinsă de panică, gândindu-se că nu voi putea suporta un asemenea

grad de deznădejde.

Vineri mi-a povestit despre un nou angajat de la birou. Îl întrebase ce vechime avea. Şi-a dat seama că, de fapt, îl întreba despre experienţa sa profesională. Am interpretat anxietatea ei în legătură cu experienţa mea profesională care să mă califice să o asist până la capăt. Am adăugat că a folosit cuvântul respectiv ca o aluzie la „a crede”. A răspuns: „Desigur, credo”. A spus că voia să creadă că pot să o asist până la capăt, că poate avea încredere în mine, chiar dacă încă nu avea.

Săptămâna următoare, dna B. A continuat să susţină că nu mai putea veni la analiză. Pe timpul weekend-ului avusese multe vise groaznice. Ziua următoare a stat aşezată, din nou, la şedinţă, intermitent, părea să fie frustrată – sentimentul realităţii fluctuant şi încordat.

În cea mai mare parte a şedinţei, părea să fie copil. A început prin a-mi spune că nu numai că vorbeşte cu bebeluşul ei, ci îl şi ia în braţe şi îl ţine. Apoi, uitându-se drept la mine, a spus: „Eu sunt un bebeluş, iar tu eşti persoana de care am nevoie să-mi fie mamă. Trebuie să-ţi dai seama de acest lucru, pentru că, dacă nu eşti dispus să mă ţii, nu pot continua. Trebuie să înţelegi acest lucru”. Mă supunea la o presiune imensă. În final,

m-a privit acuzator şi a spus „*Eşti* mama mea şi *nu* mă ţii”.

În tot acest timp, eram conştient de modul delirant în care mă percepea. (Acum înţeleg acest lucru în termenii imediateţei psihice a experienţei de transfer). În această şedinţă nu părea să mai aibă decât puţin sau chiar deloc din simţământul „ca şi” pentru mine. Pentru ea nu însemna nimic interpretarea mea ca transfer, ca retrăire a experienţei din copilărie. Nu numai că eram mama care nu o ţinea, în groaza ei de mine, devenisem i chirurgul cu bisturiul în mână, care părea că era pe cale s-o omoare. În această fază, nu prea mai avea contact cu mine ca analist.

Supervizare internă. Am reflectat asupra dilemei mele. Dacă *nu cedam* la solicitările ei, puteam pierde pacienta din analiză sau pacienta putea cu adevărat să devină psihotică, necesitând spitalizarea. Dacă *cedam*, pactizam nepermis cu perceperea ei delirantă, iar elementele evitate ale traumei sale puteau fi închistate ca fiind prea groaznice pentru a putea fi vreodată confruntate. Mă simţeam pus într-o situaţie imposibilă. Totuşi, de îndată ce am recunoscut procesul de identificare proiectivă care opera aici, am început să-mi revin din acest sentiment de neajutorare totală. Aceasta mi-a permis ca, în final, să interpretez pe baza sentimentelor stârnite în mine de pacientă.

Foarte rar, cu pauze, pentru a mă asigura că pacienta mă urmărea, i-am spus: „Mă faci să trăiesc în mine însumi sentimentul de disperare şi de imposibilitate de a continua pe care îl simţi… îmi dau seama că mă aflu într-o situaţie cu totul paradoxală… într-un sens, simt că-mi este imposibil să ajung până la tine chiar acum, – şi totuşi, în alt sens, simt că, spunându-ţi acest lucru, este singura cale în care ajung la tine”.

A urmărit foarte atentă ceea ce am spus, apoi a dat uşor din cap. Aşa că am continuat; „De asemenea, simt că ar fi imposibil să mai continuu şi, totuşi, simt că singura cale prin care te pot ajuta să treci peste asta este să fiu gata să accept ceea ce mă faci să simt şi să continuu”. După o tăcere îndelungată, dna B. A reînceput să vorbească cu mine ca analist. A spus: „Pentru prima oară te pot crede că sim/i ceea ce am simţit eu, – şi, mai uimitor, este faptul că poţi suporta acest lucru”.

Apoi, i-am putut interpreta nevoia ei disperată de a o lăsa să mă ţină de mână ca fiind de fapt felul ei de a-mi comunica nevoia ei ca eu să *simt* ceea ce trăia ea. De data aceasta, a fost de acord. A rămas tăcută ultimele zece minute ale şedinţei, iar eu am simţit că era foarte important să nu o întrerup.

Ziua următoare, mi-a relatat ce se întâmplase în timpul acelei tăceri. A putut mirosi prezenţa mamei ei fi a simţit din

nou mâinile mamei ţinându-le pe ale ei. A simţit că era *mama de dinaintea leşinului*, deoarece, de atunci, nu mai fusese ţinută niciodată aşa.

Am comentat că a fost în stare să ia legătura cu mama internă, ca fiind distinctă de mama „presupusă" pe care voia să o întruchipez eu. Acum am înţeles amândoi că, dacă aş fi fost de acord să o ţin fizic, aceasta ar fi fost o cale de a bloca ceea ce trăia ea acum, atât pentru ea cât şi pentru mine, ca şi când nu aş fi putut suporta să-i fiu alături în această experienţă. Imediat şi-a dat seama de implicaţiile celor spuse de mine şi a răspuns; „Da, ai fi devenit un analist ratat. Pe atunci nu mi-am putut da seama, însă acum văd că ai fi ajuns ca mama mea care a leşinat. Mă bucur atât de mult că nu ai lăsat să se întâmple aşa".

Ca încheiere, voi rezuma o parte a ultimei şedinţe din această săptămână. Dna B. S-a trezit simţindu-se fericită, iar mai târziu s-a surprins fredonând fragmente din opera *Der Freischiitz*, al cărei conflict include tema triumfiilui bucuriei asupra întunericului (a explicat ea). De asemenea, mai visase că *era într-o majină care a scăpat de sub control, prinzând viaţă. Maşina s-a izbit de o barieră care a împiedicat-o să intre în traficul în derulare. Bariera a salvat-o, rămânând intactă. Dacă s-ar fi prăbuşit, ar fi fost ucisă. A* fost foarte uşurată că

rezistasem solicitărilor ei mânioase. Faptul că am rămas ferm pe poziţii a putut opri procesul care parcă exista de sine stătător, timp în care ea se simţise complet lipsită de control.

Acelaşi vis s-a încheiat cu pacienta *ajunsă în siguranţă odată trecută prin parbrizul maşinii, care i s-a deschis precum două uşi batante de sticlă*.

DISCUŢIE

Acest caz ilustrează interacţiunea diferitelor dinamici. Oferta mea iniţială pentru un posibil contact fizic era, în mod paradoxal, echivalentă cu retragerea de contratransfer, – ulterior, pacienta mi-a atribuit această retragere ca urmare a deciziei mele de nu-i lăsa deschisă opţiunea pentru calea mai uşoară. În termenii conceptului lui Bion (1967b) de „identificare proiectivă-respingere-obiect" (cap. 9), contratransferul a devenit aici frica conţinătorului de a fi conţinut.

Secvenţa de mai sus poate fi înţeleasă în termeni interacţionali, potrivit conceptului lui Sandier (1976) de sensibilitate la rol, – sau, în termenii descrierii date de Winnicott (1958) nevoii pacientului de a trăi în prezent, în relaţie cu o situaţie reală între pacient şi analist, extremele afective aparţinând unui eveniment traumatic anterior, care au fost „îngheţate", fiind prea intense pentru a fi cuprinse în eul

primitiv *din acea perioadă* (p. 281).

Retragerea ofertei mele de a-i permite pacientei să-mi ţină mâna a devenit o adevărată problemă între noi. Folosind acest fapt pentru a reprezenta un element central al traumei iniţiale, pacienta a intrat într-o intensă experienţă reală a trecutului, aşa cum I-a perceput ea. Procedând astfel, ea „s-a alăturat”, ca să spunem aşa, propriilor sentimente care au fost acum dezgheţate şi la dispoziţia ei. Trecutul refulat a devenit, în prezent, o realitate psihică conştientă, din care nu trebuia (de data aceasta) să absenteze în mod defensiv. În acest timp, eu am continuat să fiu analistul supravieţuitor, şi nu analistul prăbuşit, aşa încât ea să-şi poată „dezamorsa” fantasma anterioară conform căreia mama ei ar fi leşinat din cauza intensităţii cu care fiica şi-o dorea alături.

Decizia interpretativă definitivă din această şedinţă a rezultat din faptul că am recunoscut procesul de identificare proiectivă care opera atunci. Am simţit că presiunile exercitate asupra mea aveau legătură cu disperarea pacientei, inconştient menită să-mi stârnească starea emoţională insuportabilă pe care ea nu putea încă să şi-o conţină singură.

Se poate specula asupra probabilităţii că nu aş fi fost atât de mult supus impactului necesar al experienţei pacientei dacă

nu aş fi abordat eu primul problema contactului fizic. Dacă aş fi respectat întocmai regula clasică, conform căreia nu se acceptă contactul fizic în nicio situaţie, ar fi urmat un drum mai sigur pentru mine, însă, probabil, pacienta m-ar fi perceput ca fiindu-mi teamă de a lua în considerare un asemenea contact. Nu sunt sigur că această traumă din copilărie ar fi apărut tot atât de reală pacientei sau ar fi fost atât de eficientă terapeutic în final dacă m-aş fi menţinut tot timpul la distanţa sigură a „corectitudinii” clasice.

Eu, în schimb, am acţionat urmându-mi intuiţia, şi e ciudat cum aceasta a permis pacientei să reconstituie împreună cu mine detaliile traumei respective, pe care era nevoie să o trăiască în relaţia analitică şi să fie cu adevărat mânioasă. Tocmai la această sensibilitate inconştientă la indicii inconştiente venite de la pacient se referă Sandier (1976) în lucrarea sa *Cotttratransjerul sensibilitatea de rol*.

În ceea ce priveşte recuperarea susţinerii analitice, vreau să adaug încă un punct. Întrucât s-a ajuns la aceasta mai degrabă pe calea experienţei, în cazul acestei paciente, decât urmând neabătut regula, cu atât mai mult s-a confirmat certitudinea poziţiei clasice conform căreia nu trebuie acceptat contactul fizic sub nicio formă. Em *route* s-a câştigat o nuanţare în cazul

pacientei, care, după părearea mea, i-a permis o retrăire mai completă a traumei decât ar fi fost altfel posibil.

Închei cu două citate din lucrarea lui Bion (1967, ed. Rom., 1983) O *teorie a gândirii*. Acolo el spune (sublinierea mea):

Dacă copilul mic simte că este pe moarte, aceasta poate trezi în mamă teama că el este pe moarte. O mamă echilibrată poate accepta această frică şi răspunde într-o manieră terapeutică: cu alte cuvinte, într-o manieră care îl face pe copilul mic să simtă că îşi primeşte înapoi personalitatea înfricoşată, dar într-o formă mai tolerabilă – temerile putând fi acum controlate de personalitatea sa. Dacă mama nu poate tolera aceste proiecţii, copilul mic este forţat să continue folosirea identificării proiective cu o forţă şi frecvenţă crescute (ed. Rom., pp. 223 – 224).

Dezvoltarea normală are loc numai dacă relaţia dintre copilul mic şi sân îi permite primului să proiecteze în mamă o emoţie, de exemplu, că este pe moarte şi să o reinteriorizeze după ce şederea emoţiei în sân a făcut-o mai tolerabilă pentru psihicul său. Dacă proiecţia emoţiei nu este acceptată de mamă, copilul mic simte că frica sa de a fi pe moarte a fost jefuită de înţelesul pe care i I-a conferit. Prin urmare, el nu

reinteriorizează o mai tolerabilă frică de a fi pe moarte, ci o groază fără nume (pp. 225 – 226).

Aici, Bion descrie relaţia copilului mic cu sânul. Un proces similar, într-un stadiu dezvoltaţional mai târziu, este ilustrat de secvenţa clinică pe care am descris-o. Cred că disponibilitatea mea de a păstra susţinerea psihanalitică recuperată, în faţa presiunilor considerabile exercitate asupra mea pentru a mă face să renunţ la ea, a permis pacientei, în final, să-şi reprimească personalitatea înfricoşată, sub o formă pe care o putea tolera. Dacă aş fi recurs la (sus) ţinerea fizică pe care pacienta mi-o solicita, trauma centrală ar fi rămas îngheţată şi, probabil, pentru totdeauna imposibil de confruntat. Atunci pacienta ar fi reintroiectat nu teama de a muri făcută tolerabilă, ci o spaimă fără nume.

NOTE

1 Acest capitol este o versiune revizuită a lucrării mele. *Câteva presiuni asupra analistului pentru a realiza contactul fizic în timpul retrăirii unei traume din copilărie*, prezentată la al 32-lea Congres Internaţional de Psihanaliză, Helsinki, iulie 1981, şi publicată pentru prima oară în *Internaţional Review of Psycho-Analysis*, 9,279 – 286.

2. Credentials, în engleză, în original. [N. Ed.]

8. PROCESE DE CĂUTARE ŞI DESCOPERIRE ÎN EXPERIENŢA TERAPEUTICĂ

D

e la Strachey (1934) încoace, a fost larg acceptat faptul că numai

„Interpretarea mutativă” este o interpretare de transfer. Strachey afirmă:

Se deduce de aici că acest mod de interpretare pur informativă, de tip „dicţionar”, nu va fi mutativă, oricât de folositor ar putea fi ca un preludiu ia interpretările mutative. Fiecare interpretare mutativă trebuie să fie emoţional „imediată”, – pacientul trebuie să trăiască ceva real (p. 150).

În timp ce accept această afirmaţie ca fiind adevărată, cred că există alte dinamici importante, de asemeni implicate în procesul recuperării analitice. Prin urmare, în acest capitol, doresc să explorez, în particular, *căutarea inconştientă* de către pacient a acelei experienţe terapeutice care îi e necesară cel mai mult, cât şi modul în care identificarea de încercare şi supervizarea internă îl ajută pe terapeut să distingă ceea ce e sănătos, în această căutare, de ceea ce e patologic.

EXPERIENŢA TERAPEUTICĂ

Teza mea este că natura experienţei pacientului privind relaţia terapeutică este cel puţin la fel de importantă ca factor terapeutic, ca orice câştig dobândit prin insight-ul cognitiv. În cadrul acestei relaţii, pot fi găsite noi ocazii pentru a confrunta vechile conflicte, pentru a recupera ceea ce a fost pierdut şi pentru a găsi ceea ce a lipsit în relaţiile anterioare.

Un pacient are, de asemenea, o şansă de a folosi terapeutul în modalităţi care poate n-au fost posibile în alte relaţii. Când, de pildă, o experienţă anterioară rea este transferată asupra unei relaţii sociale, receptorul acelui transfer nu va înţelege de obicei ce se întâmplă. Deci, în loc de a fi capabil să ofere înţelegere sau conţinere, cealaltă persoană e predispusă, probabil, să răspundă la atitudinile transferenţiale ca la ceva de natură personală.

Alexander (1954) a recunoscut că pacienţii folosesc frecvent experienţa analitică pentru a se ocupa de conflicte nerezolvate în condiţii noi. De aceea, el a evidenţiat faptul că, dacă reacţiile analistului faţă de pacient sunt prea asemănătoare cu cele ale părinţilor, aceasta poate conduce la o implicare mutuală în nevroza de transfer, care (în cazuri extreme) poate evolua *într-o folie a deux*. El a observat, de asemenea, că, atunci

când nevroza de transfer s-a dezvoltat, analistul se simte plasat într-un rol ales de pacient. El sugerează că analistul ar trebui să aleagă conştient să răspundă în modalităţi care sunt opuse modului în care s-au purtat părinţii, ajungând la acest rol printr-un principiu al contrastului”. Dar această adaptare deliberată a unui rol, în relaţie cu pacientul, devine o modalitate de a influenţa ceea ce el trăieşte în analiză. În acest sens, el transgresează autonomia pacientului şi este antitetic procesului analitic.

Winnicott (1971) a înţeles foarte bine această diferenţă. El a vorbit, în schimb, de pacientul care *găseşte obiectul* şi care *Joloseşte obiectul* (cap. 6). El a recunoscut că fiecare pacient îşi dă seama, în mod inconştient, de experienţele care trebuie să fie găsite, să fie retrăite în transfer. Prin urmare, pacienţii caută ocazii, în analiză, să ia contact cu experienţe anterioare de necontrolat. În transfer, prin urmare, analistul e frecvent folosit pentru a reprezenta o relaţie anterioară, în legătură cu care continuă să existe sentimente nerezolvate. Greşelile analistului pot fi folosite şi ele în scopul de a reprezenta experienţa negativă anterioară (vezi cap. 5).

NATURA CĂUTĂRII PACIENTULUI

Adeseori, pacienţii caută ajutor terapeutic deoarece

părinţii, sau alţi îngrijitori, au eşuat în trecut să răspundă adecvat diferitelor lor semnale de suferinţă. Persistă adeseori la pacienţi o speranţă inconştientă de a găsi pe cineva capabil să răspundă indiciilor lor de căutare. Aceste indicii sunt similare acelora din copilărie, dintre care unele au fost poate nerecunoscute sau neglijate.

Cred că experienţa clinică şi observarea copilului susţin împreună noţiunea conform căreia ar putea exista (încă de la naştere) o căutare înnăscută a ceea ce e necesar pentru supravieţuire, pentru creştere şi dezvoltare sănătoasă. Abia atunci când această căutare e fmstrată sau împiedicată, întâlnim răspunsuri „patologice”, şi, chiar în aceste răspunsuri, există un indicator sănătos al nevoitor care nu au fost satisfăcute adecvat.

Aici, operez o distincţie între *nevoi care trebuie să fie împlittite* şi *dorinţe*. La naştere nu există nicio distincţie între ele. Odată cu dezvoltarea capacităţii de a tolera grade de frustrare inerente creşterii, nevoite-dedezvoltare încep să se diferenţieze de dorinţe. Un bebeluş îşi „vrea” mama pentru că prezenţa ei este necesară. Tot aşa cum îşi exprimă nevoite libidinale de a fi hrănit, de a suge sau de a muşca etc., la fel va cazul şi cu nevoite-de-dezvoltare. Iniţial, acestea vor fi foarte primitive, cum e nevoia de a fi ţinut în braţe, de relaţionare, de

joc şi de a fi înveselit. Î Răspunzând acestor nevoi elementare, mama pregăteşte fundamentul necesar pentru creşterea şi dezvoltarea ulterioară a copilului ei.

La timpul cuvenit, nevoite-de-dezvoltare ale bebeluşului încep să includă nevoia de a găsi grade flexibile de separare. Iar, mai târziu, vine un timp când nevoite-de-dezvoltare includ nevoia de confruntare şi de fermitate care nu contrazic nevoia de îngrijire. Aceste nevoi vor fi adeseori exprimate prin accese de furie care ţintesc să reinstaleze controlul anterior al copilului asupra mamei, deoarece copilul nu doreşte să recunoască distincţia dintre nevoie şi dorinţă. Prin urmare, intensitatea dorinţei exprimată într-un acces de furie poate apărea ca o mare disperare. Dar, când sincronizarea e potrivită cu creşterea copilului, există, de asemenea, o căutare pentru un părinte care se ocupă destul pentru a fi capabil să tolereze să fie tratat, ca rău, când spune „Nu”, când ar fi mult mai uşor să spună „Da” (Casement, 1969). Prin descoperirea fermităţii necesare, copilul găseşte şi siguranţă. Când siguranţa nu este găsită, pretenţiile copilului pot fi satisfăcute, dar acest fapt e întotdeauna un triumf amăgitor. Copilul continuă să se simtă nesigur, având nevoie de *mai mult*, nu de *mai puţin*.

Pacienţii repun în scenă, în cursul terapiei, aceste stadii

diferite ale dezvoltării. De aceea, terapeutul va trebui să distingă între cerinţele libidinale, care trebuie să fie frustrate, şi nevoite-de-dezvoltare, care trebuie îndeplinite. Cred că atunci când terapeuţii nu reuşesc să recunoască nevoite-de-dezvoltare cu care sunt confruntaţi de pacient, sunt trecute cu vederea multe oportunităţi terapeutice. De pildă, unii pacienţi au nevoie de dovada că produc un impact real asupra terapeutului, – alţi pacienţi pot simţi nevoia de a li se confirma perceperea lor a realităţii clinice ca fiind validă, în loc să li se interpreteze că aceasta nu este decât fantasmă sau transfer. Pacientul e dezamăgit dacă terapeutul ignoră voit aceste nevoi, gândindu-se că aceasta e automat o problemă de tehnică analitică.

Chiar dacă pacientul caută ceea ce are el nevoie, terapeutul e considerat, de obicei, expertul, acela care ar trebui să ştie cel mai bine. Într-un sens, el trebuie să accepte această responsabilitate. De aceea, e normal ca şi desfăşurarea terapiei să fie în întregime lăsată în mâinile terapeutului, şi nu ar trebui în niciun caz încredinţată pacientului. La urma urmei (se poate argumenta), unde s-ar ajunge dacă pacienţilor li

S-ar permite să conducă terapia după mintea lor? N-ar avea drept rezultat o complicitate între terapeut şi pacient? Nu ar

putea face jocul patologic al pacientului, oferindu-i o gratificaţie improprie în locul insight-ului? Şi n-ar fi, într-o oarecare măsură, posibilă evitarea unor asemenea capcane, când Freud (1914) a insistat că o analiză ar trebui condusă într-o stare de „abstinenţă" (p. 165)? El era deplin conştient de tendinţele libidinale refulate în fiecare pacient. Tocmai acestea, insistă el, nu trebuie să fie încurajate în tratamentul analitic, deoarece, prin evidenţierea lor, munca analitică este compromisă.

La unii pacienţi, am întâlnit un simţ remarcabil a ceea ce caută ei inconştient în terapie, dar, adeseori, modalitatea acestei căutări nu e directă sau uşor de identificat. Câteodată, există indicii clare a ceea ce este necesar. Alteori, disperarea crescândă de a găsi aceste indicii poate fi semnalată de cererea presantă pentru o gratificare substitutivă, ca şi cum nu s-ar spera la mai mult. Dar, e deseori posibil să recunoaştem în această presiune ceea ce i-a lipsit pacientului.

Când a lipsit o structură adecvată, în cadrul căreia pacientul ar fi putut negocia mai sigur fazele dezvoltaţionale-cheie ale creşterii, există o *căutare a structurii* în relaţia terapeutică. Când persoanei care I-a îngrijit pe bebeluş i-a lipsit sensibilitatea necesară, sensibilitate fără de care încercările de comunicare preverbală ale bebeluşului au fost

resimţite ca fără speranţă sau fără înţeles, atunci există o *căutare a sensibilităţi* la terapeut. Când a lipsit intimitatea mintală sau emoţională, în cadrul căreia un copil poate începe să simtă o separare viabilă faţă de mamă (sau alţi adulţi), există *o căutare de spaţiu*.

De exemplu, pacienţii care au avut nevoie de singurătate şi confidenţialitate vor indica adesea de la început temerea lor că acestea nu vor putea fi găsite nici în terapie. Or, un pacient care a avut relaţii în care nu au existat limite personale adecvate va demonstra necesitatea unui simţ mai ferm al graniţelor în terapie. Aceasta poate fi comunicată direct, prin anxietatea pacientului de a nu găsi acest lucru, sau indirect, printr-o comportare care ar deveni de neconţinut fără o fermitate adecvată din partea terapeutului. De asemenea, când gândirea independentă a pacientului a fost limitată de cei din jur, aceştia fiind prea grăbiţi să gândească în locul lui, pacientul va fi adeseori îngăduitor, într-o manieră pasivă, cu activitatea interpretativă a terapeutului. Invers, pacientul poate fi anxios în legătură cu faptul de „a fi transparent" sau că gândurile lui nu-i rămân private lui însuşi-chiar în tăcere. Astfel, pacientul va indica adesea de ceea ce are nevoie în timpul terapiei, aducând astfel efectele experienţei patogene mai timpurii în relaţia

terapeutică.

O FOLOSIRE GREŞITĂ A „EXPERIENŢEI EMOŢIONALE CORECTIVE”

Unii terapeuţi îşi imaginează că-i pot oferi pacientului o experienţă mai bună, şi că această experienţă va fi în sine terapeutică. Aceasta e o reminiscenţă a noţiunii lui Alexander (1954) de „experienţă emoţională corectivă”. Dar, procedând astfel, ei uită să-i ofere pacientului libertatea analitică de a o folosi în modalităţi care se leagă de experienţele mai timpurii şi de lumea internă ale pacientului. De pildă, când un pacient are sentimente contradictorii în legătură cu greşeli ale părinţilor, devine plicticos dacă terapeutul se oferă *activ* ca un părinte „mai bun”.

Exemplul 8.1

O pacientă a venit la analiză subsecvent unei terapii cu o terapeută. Problema pe care a prezentat-o, solicitând analiza, era aceea că în munca ei era incapabilă să facă faţă celor care nu o plăceau. Era lucrător social şi avea dificultăţi în special cu clienţii săi. Ea îşi devia inconştient mânia, încercând să-i facă pe oameni să o placă, iar acest lucru interfera cu capacitatea ei de a lucra mai eficient.

Când această pacientă începuse, mai înainte, terapia, ea suferise de o depresie suicidală. A sfârşit acea terapie simţind că fusese ajutată de terapeuta ei cu căldură şi încurajare. Ea fusese recunoscută şi apreciată de terapeută ca persoană. Îşi schimbase, de asemenea, slujba la recomandarea terapeutei, aceasta convingând-o că ar fi potrivită în munca cu oameni.

Comentariu. S-ar putea spune că aceasta nu este psihoterapie analitică. Şi, totuşi, unii oameni care într-adevăr lucrează analitic par, de asemenea, să creadă că această îndrumare „benignă" a pacientei ar putea fi câteodată oportună.

Terapeuta de dinainte a împlinit nevoia pacientei de recunoaştere şi de a fi apreciată, care îi lipsise în mod semnificativ în relaţiile ei din copilărie. Oricum, mai târziu, pacienta a început să înţeleagă că ea nu fusese niciodată capabilă să se supere pe terapeută. Atunci a realizat că, oricând se supăra pe terapeută, avea impresia că aceasta o considera ca ceva personal sau că ar fi interpretat-o ca fiind legată de altcineva.

Pacienta avusese întotdeauna probleme cu mânia ei şi cu oamenii supăraţi pe ea. Acum s-a surprins că-şi asuma personal orice semn de supărare din partea clienţilor ei. Ca rezultat, ea ar fi încercat să-i „roage" să se simtă mai bine şi să aibă o impresie

mai bună despre ea. Nu găsea altă cale.

Ceea ce a reieşit în cursul analizei acestei paciente era că ea avea nevoie să găsească un analist care să nu o prevină să-i trateze în termenii relaţiilor ei anterioare şi, în special, acelea în legătură cu care se simţea mai supărată. Era important ca folosirea terapeutului în transfer să nu fie deviată, deoarece ea avea nevoie să fie capabilă să-şi manifeste mânia pe măsura simţirii ei pentru a descoperi dacă terapeutul poate tolera să fie ţinta acelor sentimente pe care ea învăţase să le considere ca fiind păgubitoare.

Părinţii ei fuseseră genul de oameni care nu puteau face faţă mâniei. I s-a transmis simţământul că propria ei mânie e într-un fel rea şi periculoasă, iar terapeuta de dinainte o lăsase cu acea impresie nealterată. Problemele subiacente, legate de imaginea de sine ca aparent negativă sau destructivă, nu au fost luate în seamă.

Discuţie. Terapeuta de dinainte a făcut-o pe pacientă să se simtă temporar mai bine, prin reasigurarea şi încurajarea activă că este o persoană care merită osteneala. Aceasta ilustrează ceea ce a fost uneori numit o „cură de contratransfer”. S-ar putea ca tocmai sentimentele personale ale terapeutei pentru această pacientă să o fi făcut să se simtă mai bine, caz în care starea

aceasta ar fi fost produsă prin mijloacele unei influenţe carismatice şi nu printr-un proces analitic. Atât timp cât pacienta a fost mai bine *petitru terapeuta ei*, beneficiul nu a durat mult.

După părerea mea, dacă terapeuta ar fi folosit supervizarea internă pentru a chestiona cauza progresului pacientei, s-ar fi scos în evidenţă gradul în care progresul s-ar fi obţinut prin complezenţă şi prin suprimarea de tip „eul fals” a celor mai neplăcute sentimente ale pacientei. E întotdeauna necesar să ne dăm seama de posibilitatea acestui tip de falsă recuperare.

Ceea ce e, de asemenea, semnificativ în acest exemplu este faptul că contratransferul terapeutei (care poate că a inclus nevoia de a fi plăcută) părea să acţioneze în paralel cu dificultăţile relaţionale ale pacientei. Acesta ar putea fi motivul pentru care pacienta a simţit că nu fusese ajutată cu această problemă specială în terapia ei anterioară.

DISPONIBILITATEA NON-INTRUZIVA A TERAPEUTULUI

Şansa fiindu-le dată, pacienţii vor găsi propria formă de a se raporta la terapeut. În acest sens, putem compara disponibilitatea terapeutului pentru pacient cu folosirea unei spatule în consultaţiile de copii ale lui Winnicott (1958, cap. 4).

El a demonstrat regulat că, dacă i se permite unui bebeluş o „perioadă de ezitare" pentru a observa şi a găsi un obiect nefamiliar (şi potenţial interesant), obiect lăsat în câmpul vizual al copilului şi la îndemâna lui, acest obiect va fi investit cu o valoare de interes. Copilul va încerca eventual să ajungă la el în mod spontan.

L

Obiectul folosit de Winnicott era întâmplător o spatulă medicală strălucitoare.

Când bebeluşul nu este grăbit să găsească acest obiect, acesta urmează a fi investit cu asemenea interes sau înţeles cât se potriveşte cu dispoziţia copilului de a explora sau de a se juca cu el. Spatula poate fi suptă, muşcată, folosită drept „hrană" pentru mamă, folosită pentru lovit, aruncat, pentru a fi redobândită de la mamă etc. Cum va fi folosit acest obiect de un anumit copil nu poate fi prevăzut. Doar un lucru e sigur, acela că folosirea spatulei de un bebeluş nu va fi niciodată limitată la uzul pentru care a fost destinată.

Dacă, pe de altă parte, un copil *este* grăbit, atunci acest obiect nu dobândeşte un înţeles investit în el de bebeluş. În schimb, rămâne (sau devine) un obiect străin aparţinând lumii

adulţilor, în loc să fie un obiect care poate fi descoperit şi introdus în lumea de fantasmă şi joc a bebeluşului. De aceea, orice încercare de a introduce spatula în gura unui bebeluş va avea ca rezultat un protest împotriva acceptării acestui obiect intruziv. Forţa acestui protest poate fi privită ca o măsură a sănătăţii copilului. Un răspuns mai puţin sănătos ar fi acceptarea spatulei cu o îngăduinţă pasivă sau doar cu o rezistenţă simbolică.

Dacă terapeuţii trebuie să evite să fie simţiţi de pacient ca un „obiect de impact”, precum spatula, e important ca ei să fie pregătiţi să aştepte relaţionarea şi înţelegerea care apar cu timpul la pacient. Aceasta include aşteptarea ca transferul să se dezvolte prin investirea de către pacient în această persoană necunoscută conform unui înţeles ce aparţine lumii interne a pacientului. Terapeutul este disponibil pentru a fi „găsit” de pacient. Oricum, dacă felul de a fi al terapeutului cu pacientul este excesiv de activ sau intruziv, atunci interpretarea şi prezenţa terapeutului pot deveni impedimentee pentru pacient.

Evoluţia procesului terapeutic va fi doar o creaţie a pacientului, ceea ce şi trebuie să fie, dacă terapia este organizată încă de la început cu un minimum de influenţă sau de preconcepţie din partea terapeutului, în acest fel, terapeutul

încearcă să iasă (ca persoană) cât mai puţin în evidenţă, în scopul de a proteja neutralitatea spaţiului terapeutic şi disponibilitatea folosirii sale în orice fel specific şi în conformitate cu nevoite terapeutice ale pacientului.

FOLOSIREA DE CĂTRE PACIENT A DISPONIBILITĂŢII TERAPEUTULUI *Ejcemplul 8.2*

O pacientă a venit la prima ei şedinţă după o vacanţă. A ajuns cu zece minute întârziere şi a explicat terapeutului (un bărbat) că întârziase datorită traficului încărcat pe drum. Ea a invocat detalii despre ce se întâmplase de la ultima şedinţă. Se simţise nesprijinită de soţ şi trebuise să facă faţă cerinţelor copiilor foarte dificili de una singură.

Supervizare internă. Terapeutul a simţit că pacienta îi alerta în legătură cu un posibil impact al vacanţei asupra ei. Din cauza presiunii de a vorbi a pacientei, aspectul cel mai evident al comunicării ei, el a continuat să asculte.

Pacienta a dat alte exemple despre felul cum se simţea singură, neavând pe nimeni să se sprijine, simţindu-se părăsită etc., fără a face pauze.

Supervizare internă. Terapeutul începe să se simtă redundant în şedinţă, prin aceea că pacienta nu lasă loc comentariului, şi se întreabă dacă ar trebui să intervină pentru

a-şi face prezenţa simţită. Dar, lipsind orice indiciu mai clar de ia pacientă, terapeutul a ales să rămână tăcut.

După o altă revărsare de detalii despre vacanţă, pacienta a început să descrie un incident cu soţul. De curând, el se simţise deprimat şi insensibil. Ea avusese, îndeosebi, nevoie de ajutor din partea lui într-o seară, dar el nu s-a mişcatnici chiar atunci când ea a început să plângă. După o pauză, a adăugat: „Nici nu mi-a vorbit”.

A urmat în acest punct o scurtă pauză în fluxul povestirii. Atunci, terapeutul a luat ca indiciu tăcerea ei şi a folosit temele prezentate pentru a oferi o punte către eventuala interpretare.

Terapeutul. Mi-ai dat detalii privitoare la ce-ai făcut de la ultima şedinţă. Acum îmi povesteşti despre cineva care a fost deprimat, care nu ţi-a răspuns, şi ai adăugat că nici nu ţi-a vorbit.

Comentariu: Terapeutul îi răspunde pacientei de pe poziţia unei ascultări nefocaiizate. Prin urmare, el nu focalizează imediat anxietatea pacientei asupra lui, ar fi prematur. În schimb, el lasă loc pacientei să-şi construiască propria referinţă despre el, dacă ea e gata pentru aceasta. Legătura potenţială cu terapeutul e lăsată, precum spatula, să ajungă la pacientă pentru a o folosi în propria modalitate sau pentru a o ignora. Aceasta

previne impunerea asupra pacientei a unei interpretări-transfer.

Pacienta. Tocmai începusem să mă întreb de ce n-ai spus nimic. Mi-a venit în minte că probabil eşti supărat că trebuie să-ţi reiei munca sau poate eşti deprimat.

Terapeutul: Am înţeles că eşti neliniştită, dar am aşteptat să văd dacă-mi relatezi mai multe despre acest lucru. (Pauză.) Cred că ai încercat să-mi vorbeşti despre propria ta depresie, pe care ai simţit nevoia s-o



Împărtăşeşti cuiva; iar vacanţa a adăugat ceva la sentimentul de a R lăsată să te descurci singură.

Pacienta a început să plângă; şuvoiul vorbelor se oprise. După o vreme, a început să-i vorbească terapeutului despre stările mamei ei când ea era mică. Fuseseră momente când pacienta nu putea găsi nicio modalitate de a ajunge la mama ei, care era prea preocupată cu propria ei depresie.

Terapeutul: Cred că mi-ai simţit absenţa în cursul vacanţei şi tăcerea mea de la această şedinţă ţi-au reamintit cum te simţeai cu mama ta-mama fiind distantă faţă de tine şi ţie

fiindu-ţi greu să ajungi la ea.

Pacienta şi-a reamintit mai multe despre relaţia cu mama ei şi a început să devină mânioasă pe terapeut pe motiv că el era similar cu mama ei. Oricum, spre sfârşitul şedinţei, pacienta a fost capabilă să observe că terapeutul ei nu era defensiv sau răzbunător ca răspuns la supărarea ei. Comentariul ei final a fost: „M-am aşteptat să obiectezi că m-am supărat pe tine”.

Discuţie: Avem aici un exemplu al unui terapeut care este pregătit să aştepte, să fie găsit de pacientă în orice fel s-ar întâmpla aceasta. Pacienta e, din această cauză, neprevenită să-i folosească pentru a-şi reprezenta o experienţă negativă din copilărie. Atacându-l pentru că e precum mama ei, ea constată că el a rămas de fapt neschimbat faţă de ea. Deci, prin această supravieţuire nerăzbunătoare a terapeutului, care fusese tratat drept „obiect rău” de către pacientă, pacienta redescoperă terapeutul ca „obiect bun”.

Este mult prea uşor să trecem peste găsirea spontană a prezenţei terapeutului de către pacientă prin intervenţia prea rapidă. O eroare similară este de a aduce comunicările pacientei într-o focalizare prematură asupra terapeutului, făcută adesea în numele transferului. Aceasta mortifică experienţa prin diminuarea simţământului de imediateţe în transfer.

Nepermiţând mai mult timp pentru ca aceasta să se dezvolte în şedinţă, un pacient poate fi blocat să ajungă la detalii mai specifice care sunt adesea conţinute în asociaţiile următoare ale sale (dacă ele nu sunt întrerupte). Faptul îl abate pe pacient şi de la *trăirea sentimentelor* către *gândirea despre sentimente*, înainte ca actuala experienţă să fie trăită mai temeinic. Aceasta invită pacientul să intelectualizeze şi poate, de asemeni, evidenţia un contratransfer defensiv din partea terapeutului. Când se întâmplă astfel, pacienţii vor răspunde adesea la aceasta ca o sugestie provenind de la terapeut de a evita ceea ce poate să fi fost dificil pentru el ca să rămână în legătură mai mult timp cu pacientul.

NECESITĂŢI DIFERITE ALE PACIENTULUI

Când terapeuţii descoperă capacitatea pacienţilor lor de a-şi împărtăşi experienţa în procesul terapeutic, ei au mult de câştigat din recunoaşterea diverselor lor îndemnuri provenite de ia pacienţi. Aceasta nu înseamnă că un terapeut urmează bucuros calea pe care îl conduce pacientul, nici că pacienţilor li se dă pur şi simplu ceea ce cer (sau solicită). La fel, aceasta nu înseamnă că toate cererile de acest fel trebuie sistematic frustrate, ca şi cum acestea ar fi mereu patologice. Nici

terapeutul, nici pacientul de unul singur nu pot şti ce e cel mai bine sau ce e necesar. Acest lucru e descoperit împreună, pe măsura desfăşurării procesului terapeutic.

De aceea, terapeuţii trebuie să înveţe să distingă între eforturile sănătoase ale pacientului, în procesul terapeutic, şi rezistenţa patologică la el. Şi ei trebuie să fie capabili să recunoască momentul în care percepţia unui pacient e validă, chiar când aceasta reprezintă o critică la adresa terapeutului. Ar putea să nu fie chiar o altă manifestare a proiecţiei sau a transferului.

O modalitate pe care o găsesc utilă, ascultând la ceea ce comunică pacientul, este de a examina ceea ce doresc să aud *cel mai f) uţitt*, cât şi ceea ce anticipez să aud. Aceasta ajută la contrabalansarea efectelor reziduale ale preconcepţiilor mele. Ajută, de asemenea, la a lumina în mod clar acele probleme pe care anxietatea de contratransfer poate să mă facă să nu le recunosc.

GREŞELI ŞI INDICII CORECTIVE

Când într-o şedinţă are loc ceva ce nu se potriveşte cu simţul inconştient al pacientului în legătură cu ceea ce el are nevoie să găsească în terapie, există modalităţi variate prin care acest lucru poate fi indicat. Acesta poate fi conceptualizat ca o

„interpretare de contratransfer” de către pacient (Littie, 1951, p. 39), ca „iniţiativa terapeutică potenţială „a pacientului (Searles, 1975, p. 97), ca „supervizare inconştientă” [de către pacient] a terapeutului (Langs, 1978) sau ca îndemn inconştient. Poate deveni o problemă centrală, într-o analiză sau terapie, la ce nivel un terapeut e capabil să fie sensibil la aceste indicii inconştiente ale pacientului.

Inevitabil, orice analist sau terapeut va face greşeli. De aceea, e important ca terapeutul să fie capabil să recunoască atunci când aceasta se întâmplă, deoarece una din funcţiile supervizării interne este tocmai ajutorul dat în această privinţă. Când un terapeut foloseşte regulat identificarea de încercare, pentru a trece în revistă propria sa contribuţie într-o şedinţă sau în terapie ca întreg, el va descoperi cât de des pacienţii oferă indicii inconştiente care arată când ceva este greşit în terapie. Oricum, ceea ce este mai important decât o greşeală făcută e faptul de a realiza acest lucru şi de a face ceva în consecinţă. Felul cum un terapeut se ocupă de efectele propriilor sale greşeli poate deveni o parte importantă a procesului terapeutic în sine. Dacă un terapeut eşuează în recunoaşterea greşelilor sale, aportul pacientului la acest proces este blocat.

De aceea, este o pierdere dramatică atunci când pacienţii

oferă indicii corective unui terapeut, dar le simt respinse, nerecunoscute pentru ceea ce sunt. Unii terapeuţi sunt prea grăbiţi să interpreteze toate comunicările provenite de la un pacient în termeni de patologie asumată (în pacient) sau ca rezistenţă la insight (ca oferit de ei înşişi). Strădania inconştientă a pacientului de a ajuta terapeutul poate fi atunci ignorată defensiv.

FORME DE ÎNDEMN PROVENITE DE UV PACIENT

Unii pacienţi sunt pe deplin conştienţi când lucrurile nu merg bine în terapie şi sunt capabili să arate acest lucru în mod conştient şi direct. Alţi pacienţi comunică critica lor despre terapie mai puţin conştient.

Există numeroase modalităţi prin care critica inconştientă e comunicată. Probabil cea mai familiară este prin folosirea de către pacient a *deplasării*. *O* altă persoană, de pildă un părinte, o figură de autoritate sau o persoană care ştie mai multe poate fi criticată. Deseori, aceasta poate fi recunoscută ca referindu-se la o problemă recentă în terapie.

Altă formă de îndemn inconştient este aceea când un pacient foloseşte ceea ce poate fi privit drept *critică prin contrast*. Poate că altcineva este descris ca îndeplinindu-şi profesia cu multă grijă, în contextul în care terapeutul a fost fără

voia lui neglijent. Pacientul poate susţine inconştient un model profesional mai bun, fapt care îl obligă pe terapeut să-i recunoască drept un indiciu posibil pentru performanţa sa profesională inadecvată. Atât terapeutul cât şi pacientul pot beneficia de pe urma răspunsurilor adecvate ale terapeutului la acest fel de indiciu corectiv de la pacient.

O altă formă de îndemn inconştient, care e mai greu de recunoscut (sau mai uşor de trecut cu vederea), este atunci când un pacient foloseşte *referinţa introiectivă* ca o formă mai ascunsă de critică inconştientă. Prin identificarea introiectivă cu un aspect al terapeutului, pacientul se acuză pentru ceva care e poate mai plin de înţeles ca referindu-se la terapeut.

Pacientul descris în capitolul 3 prezintă fiecare dintre aceste forme de îndemn inconştient, pe parcursul secvenţei descrise.

ABSENŢA PRESIUNILOR ASUPRA PACIENTULUI

Deşi este în general acceptat faptul că spaţiul analitic trebuie protejat pe cât posibil de orice influenţă personală sau de alte presiuni, rămâne un element de presiune nemărturisită în aplicarea „regulii de bază” care este folosită deseori în psihoterapia analitică.

Terapeuţii sunt de obicei învăţaţi să explice pacienţilor că *există o singură regulă*, *aceea a liberei asocieri*, că un pacient trebuie să spună orice îi vine în minte, indiferent ce este. Când pacientul eşuează în a acţiona în acord cu această regulă, faptul este frecvent interpretat ca „rezistenţă”. Poate fi uşor trecut cu vederea că această rezistenţă e uneori un răspuns la regula de bază.

E interesant că urme ale timpuriei „presiuni tehnice” a lui Freud rămân în folosinţă ca „reguli” ale liberei asocieri. Deşi aceasta a fost privită ca singura regulă, n-a conţinut niciodată o presiune implicităîn a spune pacienţilor că ar trebui să înveţe să folosească libera asociere, şi în acelaşi timp sugerând că această asociere „liberă” ar trebui ea însăşi să fie subiectul unei presiuni de a spune şi de a declara totul. Unii pacienţi devin fixaţi exact pe această problemă, în special aceia cărora li s-a negat nevoia de separare şi intimitate în copilărie. De aceea, poate fi o experienţă dezvoltaţională pentru un pacient să găsească un spaţiu mintal şi emoţional (în cadrul unei relaţii) care e în mod autentic liber de presiuni exterioare. Inabilitatea unui pacient de a fi liber în acest fel poate uneori să constituie o incitare pentru terapeut pentru a reconsidera aplicarea acestei „reguli de bază” şi noţiunea de rezistenţă în relaţie cu aceasta.

Există multe alte forme de presiune care pot fi introduse de terapeut şi pacienţii adeseori oferă indicii inconştiente în legătură cu aceasta. Voi da câteva exemple mai jos (vezi exemplele 8.5,8.6 şi 8.7).

STABILIREA LIMITELOR TERAPEUTICE *Exemplul 8.3*

Când o pacientă (în vârstă de *22* ani) a venit pentru consultaţia iniţială, ea a oferit imediat o relatare a vieţii sale de până atunci. Cu toate acestea, exista o temă repetată având de a face cu oameni care nu respectau limita personală a celorlalţi. Părinţii săi îi controlaseră viaţa în mod intruziv, – unchiul îi făcuse avansuri sexuale când ea era copil; doctorul ei era prieten de familie şi avea reputaţia de a flirta cu pacienţii săi. Spunând acestea, pacienta a devenit neliniştită şi a cerut o ţigară. Şi-a dat seama că nu avea niciun chibrit şi m-a întrebat dacă-i pot oferi un foc.

M-am simţit alertat de ceea ce pacienta îmi spusese deja. De aceea, am spus că mi-am dat seama că era anxioasă şi că probabil dorea să folosească o ţigară ca o modalitate de a scăpa de unele din sentimentele ei neplăcute, dar erau şi alte probleme la orizont. De pildă, ea îmi povestise despre indivizi care eşuaseră în a păstra limitele necesare fiecărei relaţii pe care o

descria. Cel mai recent fusese acest prieten-doctor care flirta cu pacienţii săi. Deci, am simţit că s-ar putea ca ea, inconştient, să verifice ceva în legătură cu mine, chiar dacă puteam menţine o relaţie profesională fără ca aceasta să fie perturbată prin gesturi care ar putea fi confundate cu o relaţie de un tip mai social.

O dată ce această pacientă a început terapia, devenea limpede cât de important fusese pentru ea faptul că am făcut declaraţiile de la început. Ea s-a referit deseori retrospectiv ia aceasta ca la ceva fundamental în eventuala încredere în mine. Faptul a fost hotărâtor pentru ea, atunci când ea avea nevoie să mă folosească pentru a-i reprezenta pe ceilalţi care o folosiseră în moduri nepotrivite.

MENŢINEREA LIMITELOR *Exemplul 8.4*

Un pacient (dl. H.) începuse terapia cu câteva luni înaintea unei vacanţe de vară. El nu menţionase că-şi aranjase deja propria vacanţă, – dar, când s-a apropiat timpul vacanţei mele, mi-a spus că va pleca cu o săptămână mai devreme decât mine. Aceasta a fost pentru mine o dilemă. Când stabilesc aranjamentele iniţiale pentru terapie, ofer, de asemenea, datele vacanţei mele: eventualele discordanţe sunt de obicei discutate la timp. Nu am discutat această suprapunere de date.

Ştiam că dl. H. Se simţise părăsit de fostul terapeut, care

se îmbolnăvise în timpul unei vacanţe şi nu încheiase terapia. El putea, de aceea, să simtă nevoia unei continuităţi mai ferme după prima pauză în această terapie – mai ales ca să fie extinsă datorită absenţei sale anterioare. Am hotărât să explorez sentimentele pacientului în legătură cu aceasta şi să clarific aranjamentul onorariului pentru absenţa lui de o săptămână de la terapie.

Terapeutul: Nu ţi-aş fi cerut să-mi plăteşti onorariul în mod normal pentru şedinţele absente din cauza aranjamentelor făcute înainte de a începe terapia, – dar mi-am dat seama că poţi avea anumite opinii în legătură cu şedinţele păstrate pentru tine când eşti absent. De aceea, mă întreb ce ţi-ar plăcea să facem în cadrul celor trei şedinţe de la care vei absenta.

Pacitntul: Mi-ar plăcea să am acele şedinţe înainte de a pleca.

Supervizare internă: Mi-am amintit că, atunci când dl. H. A venit prima dată să mă consulte, el se întreba dacă să vină la patru şedinţe pe săptămână, dar a început cu trei. Dorea el, probabil, să vină mai des, înainte de plecarea în vacanţă, ca o modalitate de a-l ajuta să decidă continuarea terapiei cu patru şedinţe săptămânal? M-am pregătit să explorez această posibilitate.

Terapeutul: Nu sunt încă sigur că voi fi în stare să fac acel aranjament, dar am putea examina posibilităţile şi implicaţiile.

Dl. H. Mi-a mulţumit. După o scurtă pauză, mi-a spus despre o slujbă anterioară unde fusese necesar să-şi ia vacanţă la o dată fixă a anului, altfel o pierdea. A adăugat comentariul; „Era neplăcut într-un fel, dar la urma urmei ştiai unde te afli”.

A continuat să sublinieze nevoia sa de regularitate în viaţă şi a ilustrat aceasta spunând că ulcerul său revine de obicei când stabilitatea lipseşte. El e grijuliu cu ce mănâncă şi trebuie să mănânce regulat.

Supervizare internă: Am simţit că am fost îndemnat să recunosc implicaţia pentru dl. H. Dacă trebuia să-i ofer acele şedinţe suplimentare sugerate.

Terapeutul. Eu cred că îmi subliniezi faptul că, chiar dacă reuşesc să rezolv şedinţele suplimentare înainte de a pleca, ar putea fi o rezolvare parţială. Te arătai încântat de oferta mea, dar îmi dovedeai că devii anxios, chiar bolnav, când există o lipsă de stabilitate în viaţa ta. O schimbare în aranjamentele privitoare la terapia ta ar putea avea exact acest efect asupra ta.

Dl. H. Era gânditor, apoi a fost de acord că avea nevoie să ştie unde era cu mine. Aceasta era mai important, la drum lung,

decât a avea şedinţe suplimentare.

UN TERAPEUT DEVINE INTRUZIV DATORITĂ UNEI INTERPRETĂRI PREMATURE ÎN CEEA CE-L PRIVEŞTE

Exemplul 8.5

O pacientă a lipsit de la mai multe şedinţe cu terapeutul ei, fără explicaţii şi fără vreun detaliu. La reîntoarcere, pacienta a spus că, de fapt.

nu lipsise de la şedinţe, – fusese prea ocupată cu alte lucruri. Ea nu-l ocolise nici pe fostul ei prieten, dar se simţea mai bine fără el. Nu mai era important în niciun fel pentru ea.

Terapeutul: Cred că te poţi întreba şi cât de important sunt eu în acest moment în viaţa ta.

Pacienta: Nu, eşti foarte important. N-aş reuşi fără tine, pentru moment. Am avut alte lucruri importante de făcut recent, deci a trebuit să-i acord terapiei o prioritate parţială. Asta e totul. (Pauză.)

M-am supărat tare pe cineva cunoscut foarte recent. Acest băiat a venit la apartamentul nostru după o petrecere. Am fost iritată de felul cum continua să se insinueze în conversaţia noastră. Nu era ca şi cum ar fi fost invitat cu adevărat; intrase

chiar când părăseam petrecerea şi, când nu era băgat în seamă, dorea să schimbe canalul TV fără să mai întrebe. Atunci chiar m-am enervat.

Discupe: Terapeutul ajunge la comentariul său fără o legătură fermă între ceea ce spusese pacienta şi orice referinţă posibilă la terapie. El presupune că ştie ce gândeşte pacienta, aşa încât interpretarea lui devine o interpretare intruzivă.

Dacă încercăm să ne identificăm cu terapeutul de aici, observăm că s-ar putea simţi prost tratat, posibil chiar să pună la îndoială importanţa sa pentru pacientă. Ceea ce spune este contradictoriu ca şi cum el a ajuns la această interpretare pe baza sentimentelor sale de contratransfer, ceea ce spune sună ca o proiecţie a propriilor sale îndoieli. Similar, dacă încercăm să ne identificăm cu pacienta, putem recunoaşte că spaţiul analitic a fost instaurat de terapeut, care pare că nu vrea să fie ignorat de pacientă.

Răspunsul pacientei este ambivalent. Mai întâi, ea îl reasigură pe terapeut că nu trebuie să se îndoiască de importanţa lui în viaţa sa. Apoi, îi vorbeşte despre un incident în care (alt) cineva se comportase în mod intruziv. Putem asista la un comentariu inconştient al pacientei (Langs 1978) despre natura intervenţiei terapeutului, cum este perceput de către pacientă şi

ca o referinţă la iritarea şi supărarea provocate de către el.

Deşi secvenţa descrisă de pacientă s-a petrecut înaintea şedinţei, sincronizarea în şedinţă (i.e., când ea se gândeşte la aceasta) este semnificativă. Terapeutul era capabil să se recunoască pe sine ca fiind aspru cenzurat de către pacientă şi poate recunoaşte acest fapt mai târziu, pe parcursul şedinţei. Acesta este un bun exemplu de supervizare inconştientă de către pacientă. (Vezi, de asemenea, mai jos.)

UN TERAPEUT DEVINE DIRECTIV IMPROPRIU

Exemplul 8.6

Pacienta, o domnişoară de *25* de ani, era tratată de o terapeută.

Pacienta: Nu pot rezista presiunilor de la muncă. Cred că trebuie să găsesc altă slujbă.

Teraptuta. Te-ai gândit vreodată să mergi la un centru de îndrumare profesională?

Pacienta. M-am gândit şi eu la asta, dar nu cred că aş avea nevoie să mi se dea sfaturi în legătură cu ceea ce să fac cu viaţa mea. Ar trebui să cunosc ceea ce se întâmplă în mine. (Pauză.) M-am întors la Londra după vacanţa de vară pentru tine, dar acum simt că sunt supărată pe tine din anumite motive.

(Pauză.) Şeful meu se întoarce mâine. Ştiu cum va fi: îmi va spune mereu ce să fac – supunându-mă presiunilor tot timpul. El nu pare să-şi dea seama că sunt capabilă să fac lucrurile de una singură.

Discuţie: Putem vedea aici un exemplu care e încărcat cu indicii corective din partea pacientei. Ea nu are nevoie ca terapeuta să gândească pentru ea. Ea simte, de asemenea, că nu are nevoie să i se dea sfaturi cum trebuie să procedeze pentru a-şi cunoaşte simţul lăuntric de orientare. Asta e ceea ce pacienta obişnuia să primească în terapia ei şi aici ea simte terapeutul a fi în afara rolului său. Pacienta pare să schimbe atunci subiectul şi aflăm de cineva (desemnat ca şeful ei) care îi spune pacientei ce să facă. El presupune că pacienta e incapabilă să facă ceva de una singură.

Dacă folosim ascultarea nefocalizată la această situaţie, nu este dificil să detectăm critica deplasată asupra terapeutei. Ea e supărată pe terapeută, din cauză că a devenit prea asemănătoare cu alţi oameni din trecutul ei (şi din prezent). Ea simte nevoia de a i se permite să folosească spaţiul analitic mai liber decât până atunci.

DIFICULTĂŢI ÎN COMUNICAREA CU TERAPEUTUL

Exemplul 8.7 O pacientă de 30 de ani frecventa un terapeut.

Pacienta: Am dificultăţi în comunicare. Mă simt singură chiar când sunt cu alţi oameni. Mă simt distantă faţă de David (soţul ei). M-am supărat azi pe el, dar apoi am făcut dragoste. Asta a fost chiar înainte de a porni să vin aici. Acum nu mai vreau sex, mi-e greu să spun „Nu" sau să arăt cum mă simt de fapt. Mă ajută să-mi îndepărtez senzaţiile neplăcute, dar ele nu mă părăsesc. (Pauză.) îmi lipseşte fosta mea şefă. Trebuia doar să-mi ridic sprânceana şi ea şi-ar fi dat seama când aveam nevoie să-i vorbesc. (Pauză.) De ce crezi că am aceste dificultăţi?

Terapeutul: Probabil că sunt în relaţie cu propria copilărie.

Pacienta: Ce relaţie? Te referi la părinţii mei? (A urmat o mulţime de detalii din copilărie.)

Discupe: Temele includ aici referinţe variate la dificultăţile relatate. Pacienta se simte distantă şi singură, chiar când are companie. (în şedinţă, ea este cu terapeutul.) Există furie şi un exemplu de mânie trecută (făcând dragoste). Se pare că există nevoia de a scăpa de această mânie (sau senzaţii sexuale?) înainte de a veni la şedinţă. Poate fi, de asemenea, un

exemplu de critică, prin contrast, când pacienta se referă la altă persoană (fosta ei şefă) care ar răspunde chiar la o ridicare de sprânceană-sesizând nevoia pacientei. Şedinţa se termină cu alt exemplu, al unei întoarceri în trecut, introdus de către terapeut.

În această şedinţă, terapeutul ar fi putut reveni la temele majore, nu într-un fel specific încă, în scop de pregătire pentru abordarea anxietăţilor indicate. El ar fi putut spune ceva de genul:

Mi-ai relatat despre sentimentul de a nu fi înţeleasă şi de a te simţi distantă faţă de o persoană apropiată. Mi-ai spus, de asemenea, despre sentimentele de care ai încercat să scapi înainte de a veni aici, astăzi. Cred că există o anume anxietate în legătură cu faptul dacă sunt capabil să te înţeleg şi ceea ce simţi că este potrivit să abordezi în terapie.

Motivul pentru a rămâne la un mod nespecific, în această reluare a temelor, este acela că noi nu ştim ce o nelinişteşte pe această pacientă din materialul care îl aduce la terapie. Poate fi sentimentul de a fi criticată de către terapeutul ei, de a nu fi înţeleasă, sau poate fi ura sau senzaţiile sexuale. Ea îi permite soţului să-i abată mânia, – poate fi neliniştită să afle dacă terapeutul simte şi el nevoia de a evita sentimentele neplăcute. Sau dacă terapeutul poate face faţă sentimentelor care sunt mai

clar direcţionate spre el.

Primul comentariu al terapeutului în această şedinţă este ca răspuns la o întrebare directă. Se pare că el i-a dat pacientei impresia că are nevoie de mai mult decât de o sprânceană ridicată din partea ei ca să-i răspundă. Când a făcut apoi referinţa la copilăria pacientei, aceasta e ca şi cum dorea să confirme anxietatea pacientei în legătură cu efectul sentimentelor ei dificile asupra altora. Deci, când pacienta examinează cu neplăcere relaţiile din copilăria ei, la distanţa sigură a timpului trecut, ea poate pur şi simplu să reflecte percepţia ei despre terapeut. El poate fi observat ca apărându-se în faţa aluziilor dificile la adresa lui din prima parte a acestei şedinţe.

(Câteva săptămâni după secvenţa oferită aici, pacienta a terminat terapia).

În acest capitol, am încercat să ilustrez câteva din multiplele modalităţi prin care pacienţii contribuie la desfăşurarea terapiei lor şi la ajutorul dat terapeutului pentru a descoperi tipul de experienţă terapeutică de care au nevoie. Şi, când lucrurile merg prost, pacienţii oferă terapeutului multe indicii inconştiente care să-i atragă acestuia atenţia – pentru ca susţinerea analitică să fie restabilită şi procesul analitic reluat.

Terapeuţii trebuie să recunoască elementul de căutare sănătoasă în inconştientul pacientului. Dacă pot distinge corect între necesităţile dezvoltaţionale şi lupta patologică, atunci ei pot descoperi procesul gradual prin care un pacient îl conduce, fără să ştie, pe terapeut către ceea ce este inconştient căutat în relaţia terapeutică. În acest fel, când ceva lipseşte în terapie, pacienţii vor atrage atenţia terapeutului către modalităţi de lucru care sunt mai aproape de ceea ce le este lor necesar, în acel moment al terapiei.

NOTE

1. Vorbind de o căutare lăuntrică a ceea ce e necesar, mi-am dat seama că această problemă e mai complexă decât am afirmat în textul de bază. Nu vreau să trec cu vederea faptul că percepţia de către bebeluş a „obiectului" este perturbată de sentimentele lui, de pulsiunea agresivă sau de cea „de moarte", de împărţirea în bine şi rău, de proiecţia sentimentelor negative în „obiectul-hrană" şi de o multitudine de alţi factori perturbatori. Toate acestea implică găsirea a ceea ce este necesar şi uşor de obţinut.

2. „*Necds that need to be met* and *wants*", în engleză, în original, – o traducere mai exactă, dar literală, ar fi: „*nevoi care trebuie satisfăcute* şi *vreri*". *A* se observa necesitatea distincţiei

dintre ceea ce trebuie să fie satisfăcut pentru ca copilul mic să poată creşte normal, adică aspectul obiectiv, extraspectiv, şi „vrerile" lui, adică aspectul subiectiv, de agent, al copilului. A se observa şi distincţia dintre „want" („vrere", – dar şi „nevoie", „lipsă") şi „wlsh" („dorinţă"), care trebuie făcută, deşi limbajul analitic este imprecis (cel puţin, în română) în acest sens. [N. Ed.] Ş

3. Winnicott (1965b) vorbeşte de „nevoite eului", care sunt foarte asemănătoare nevoitor-de-creştere descrise aici (cap. 4).

4. În timpul elaborării acestei lucrări, a fost publicat articolul lui Fox, *Conceptul de abslinenţă reconsiderat* (1984). Autorul susţine o aplicare mai discriminatorie a conceptului tehnic de abstinenţă. O parte a argumentaţiei sale e bazată pe o discuţie asupra secvenţei clinice pomenite anterior, în capitolul 7, publicat mai înainte (Casement, 1982).

5. *Impinment*, în engleză, în original, – cuvântul mai are şi sensul literal de „lovire", „izbire", „ciocnire". [N. Ed.]

6. Analiştii s-au dovedit reticenţi în renunţarea la practica de a da „regula de bază" pacienţilor, chiar dacă s-a demonstrat că procedeul poate crea rezistenţă. Cu mai mult de treizeci de ani în urmă, Margaret Littie (1951) scria; „Nu le mai 'solicităm

pacienţilor să ne spună tot ce le trece prin minte. Dimpotrivă, le dăm voie să facă astfel” (p. 39). În multe instituţii de specializare, „regula de bază” pare să fie încă predată.

9. CĂUTAREA SPAŢIULUI: O PROBLEMĂ DE LIMITE

A

cum aş vrea să ilustrez mai pe larg rolul jucat de indiciile inconştiente ale pacientului şi modul în care contribuie ele la eficienţa analizei rezultate.

A trebuit să descopăr cum să citesc indiciile acestei paciente, ceea ce am făcut prin încercarea de identificare cu ea sau cu obiectele legate de ea. Ascultând astfel, am putut recunoaşte nevoite pacientei pe care singură nu şi le putuse identifica. Ea şi-a demonstrat în mod dramatic nevoia unor graniţe clare ale relaţiei analitice şi ale unui spaţiu cu adevărat neutru în care să se poată manifesta autonom.

INTRODUCERE

Dra K. (aşa o voi numi) avea douăzeci şi şapte de ani când a venit să mă consulte. Ani de zile suferise de supraalimentare.

Mult timp din scurta ei analiză (douăzeci de luni), dra K.

M-a supus *h* o testare severă, solicitând de la alţii ceea ce eu nu practicăm cu ea. În afara analizei, continua să obţină ajutor alternativ, în general din domenii străine analizei. A trebuit să menţin un echilibru precar între încercarea de a controla această transpunere în act (lucru pe care îl puteam face doar considerând aceste activităţi ca atacuri împotriva analizei) şi încercarea mea de a nu cădea în capcana de a repeta reacţiile de răspuns ale celor care încercaseră anterior să controleze viaţa acestei paciente.

Dra K. Mi-a dat multe indicii inconştiente privind desfăşurarea analizei. Acestea mi-au fost oferite în contul vieţii ei din trecut, precum şi prin amănunte legate de transpunerea sa în act. Îmi era foarte clar ce nu o ajutase în trecut şi ce nu o ajuta în continuare. Prin contrast, simţeam ce căuta ea cu insistenţă. Prin urmare, i-am tolerat transpunerea în act (nu că aş fi avut de ales) şi am căutat, în continuare, să înţeleg ceea ce făcea ea în afara analizei. Asta a însemnat că, de multe ori, a trebuit să accept să fiu pus în poziţie de aparentă impotenţă analitică, analiza părând de-a dreptul haotică.

După mai multe luni în care analiza părea aproape anihilată, a reieşit că potenţa analizei se află, în ultimă instanţă,

în faptul că am rezistat acestei testări fără să recurg la represalii. A ajuns să descopere că analiza continua să-i ofere un spaţiu pentru relaţiile fără prejudecăţi în care ea putea deveni „propria versiune despre sine”. (Această frază a fost formulată într-o anumită interpretare, iar pacienta a adaptat-o ca temă centrală a analizei ei.) Nu trebuia să-şi exprime aprobarea pentru a face pe plac. Nici nu trebuia să-şi menţină, la nesfârşit, atitudinea de protest împotriva presiunilor care s-au făcut asupra ei dintotdeauna pentru a fi de acord cu ceva.

După ce şi-a descoperit acest spaţiu neutru în analiză, dra K. A început să-i folosească pregătindu-se pentru cum va fi ea mai târziu. Pentru prima oară în viaţa ei, a putut să-şi fie propriul stăpân, găsindu-şi o viaţă independentă, fără a ţine cont de ceea ce aştepta familia de la ea. Durata acestei analize a trebuit să fie limitată, în timp, din cauza restricţiilor de viză care îi impuneau un anumit interval de timp petrecut în această ţară. Cu toate acestea, progresul realizat atunci s-a păstrat peste ani.

LIMITĂRILE DE ORDIN PRACTIC ALE ANALIZEI

Din cauza incertitudinii privind durata vizei sale de şedere în Anglia, nu i-am putut oferi drei K. O analiză cu cinci şedinţe pe săptămână, deşi aşa mi-a cerut iniţial. Prin urmare, am aşteptat până s-a aflat cât timp va sta.

Iniţial, am văzut-o pe dra K. De două ori pe săptămână. Apoi, am ajuns la patru şedinţe de îndată ce a devenit clar că-şi dorea analiza ca tratament, şi nu în scopul de a avea „mai multe şedinţe”. A trebuit să fiu atent ca nu cumva analiza să devină o altă formă de hrănire compulsivă, oferindu-i tot ce era disponibil pentru a-i satisface foamea insaţiabilă. În final, am fost de acord că analiza, chiar şi de scurtă durată, i-ar putea da o şansă pentru a găsi ajutorul de care avea nevoie. Primul an de tratament s-a desfăşurat aproape în totalitate cu patru şedinţe pe săptămână. Când s-a lămurit situaţia cu viza, pacienta a ştiut sigur că mai putea sta cel mult opt luni. Pentru această perioadă am stabilit cinci şedinţe pe săptămână.

Tocmai în această ultimă parte a început dra K. Să-şi folosească analiza într-un mod cu totul diferit, – pe parcursul primului an exista oricând posibilitatea să i se ceară să părăsească ţara imediat. Prin urmare, ea a evitat mereu să experimenteze încă o relaţie cu un grad oarecare de dependenţă, ştiind din experienţele trecute ce grea a fost întotdeauna despărţirea, îi era teamă că ar putea surveni din nou un

J

sfârşit abrupt, fără a avea timp să-şi cerceteze

sentimentele legate de un asemenea eveniment.

FUNDALUL FAMILIAL

În prima parte a analizei, pacienta relatat cu năduf o mulţime de detalii despre experienţe de viaţă şi relaţii nefericite. Provenea dintr-o familie de evrei de condiţie medie, pe care ea o descria ca fiind dominată de o mamă manipulativă şi intruzivă. Pacienta avea o soră cu doi ani mai tânără.

Dra K. Se referea la relaţia cu tatăl ei ca fiind una de strâns ataşament mutual. Îşi amintea cât de alarmată era când mama a început să ameninţe că îl va părăsi, deoarece copiii ar fi urmat să rămână cu ea. Şi-a resimţit mama ca fiind „sufocantă”, alegându-i prietenii, nelăsând-o să se simtă cât de cât independentă. Tatăl ei, om de afaceri, a murit brusc în urma unui atac de cord, pe când dra K. Avea şaptesprezece ani. Acest eveniment a fost urmat de prima perioadă de supraalimentare a pacientei.

Dra K. Fusese alăptată până după ce i-au apărut primii dinţi. Impresia mea e că mama s-ar putea să fi dorit să prelungească perioada de alăptare, însă nu a mai fost posibil din cauza dinţilor. Mai târziu, se pare că mama a simţit că *ea* a fost cea privată de ceva prin separarea realizată de înţărcare, acest fapt putând fi şi la baza presiunilor exercitate asupra drei K. De

a se purta cu mama ei în felul ei obişnuit conciliant (şi compensatoriu) – încercând să o facă să se simtă bine. De asemenea, se poate explica astfel importanţa muşcatului în încercările ulterioare ale pacientei de a stabili o separare mai deplină faţă de mama ei.

A existat o predispoziţie către fixaţia orală, probabil încurajată de via satisfacţie a mamei pe când alăpta. Mama ei s-a lăudat pe faţă că aceasta a fost satisfacţia supremă a relaţiei sale conjugale.

Pe când dra K. Avea doi ani, mama ar fi suferit o depresie după naşterea surorii ei. Oricum, mama a plecat de acasă „pentru odihnă după naştere”, lăsând cei doi copii în grija unei doici.

Dra K. A fost cuprinsă de gelozie faţă de sora ei, apelând la tatăl ei în mod regulat, pentru mângâiere. Se pare că tatăl a acceptat-o foarte intim. De exemplu, când ea era tristă, tatăl se băga în patul ei pentru a-i oferi consolare, şi mi s-a spus că aşa a continuat să facă până ce a murit. Atunci a recurs d-ra K. Pentru prima oară la supraalimentare, încercând să facă faţă durerii şi depresiei.

Acest ataşament cvasisexual faţă de tatăl ei (atins de un sentiment de „triumf cedipian” asupra mamei) nu s-a rezolvat

după moartea lui.

În schimb, acea relaţie a devenit prototipul relaţiilor ei cu bărbaţii. Prin urmare, şi-a considerat sexualitatea de necontrolat, ca şi când aceasta ar fi fost responsabilă de distrugerea structurii de care avea atâta nevoie căsătoria părinţilor ei. De asemenea, şi-a considerat sexualitatea ca fiind copleşitoare pentru orice obiect al iubirii ei, ba chiar o ameninţare pentru viaţa celui iubit, prin urmare ceva ce trebuia evitat. Se aştepta din partea bărbaţilor să se retragă din preajma ei. Primul prieten important care nu s-a retras imediat avea şi el probleme cu inima. Se adăuga la această confuzie sexuală şi comportarea mamei de seducere a fiicelor. Am aflat că, atunci când dra K. Şi sora ei au ajuns la pubertate, mama le punea să se întindă în pat alături de ea, mângâindu-le sânii dezvoltaţi. O lua în zeflemea pe dra K., râzând de ea şi spunându-i: „Eşti lesbiană”.

Propria orientare sexuală a mamei era confuză şi derutantă. Începuse o legătură cu un alt bărbat înainte de moartea tatălui, însă această legătură, ca şi căsătoria, a fost instabilă. Când mama era abătută din această cauză, se întorcea spre dra K. Pentru consolare. Mai exista o „mătuşă” ciudată în copilăria drei K., cu care mama pleca în vacanţă fără a lua şi

copiii. Dra K. Se întreba dacă această femeie era lesbiană şi dacă mama ei era bisexuală.

Dra K. Şi-a descris dificultăţile pe care le întâmpina în relaţiile cu prietenii, dându-şi seama că era manipulativă şi posesivă ca şi mama ei. De câte ori era atrasă de un bărbat, devenea copleşită de sentimentele ei, dorindu-şi cu ardoare să fie iubită. A mai constatat că şi prietenii deveneau impotenţi în prezenţa ei, dând vina pe ea. Cel puţin unul dintre prieteni a descris-o ca fiind „devoratoare”. A recurs din nou la mâncare, încercând să evite această foame de relaţii, pe care o considera prea puternică pentru a putea fi satisfăcută. Pe durata analizei, tocmai de această tulburare a trebuit să mă ocup în relaţia ei cu mine.

PROBLEME LEGATE DE SUPRAALIMENTARE

Deoarece problema hranei era atât de exagerat determinată, îmi voi simplifica relatarea dacă o pun în legătură cu diferite aspecte ale vieţii pacientei.

Ambiţia mamei în ceea ce o privea pe fiică era să fie „suplă şi frumoasă” şi să se mărite bine. În aparenţă, dra K. Acceptase aceste ţeluri ca fiind ale sale proprii, însă dorinţa de a se împotrivi ambiţiilor mamei era cu mult mai puternică. A simţit că dacă acceptă să rămână slabă, ceea ce a făcut în timpul

pubertăţii, ar echivala cu renunţarea de a fi o persoană separată. Mama ei părea că o „posedă”, ca şi când ar fi încercat să trăiască substituindu-i-se ei.

Dra K. A descoperit că supraalimentarea era o modalitate de a demonstra o separare pe care mama ei nu ar fi putut-o controla. Mama ei a devenit foarte afectată (chiar tânguitoare), ceea ce a satisfăcut în dra K. Dorinţa ambivalenţă de a fi în mod demonstrativ separată de ea, rămânând totuşi centrul interesului mamei ei. Cu toate acestea, nu a văzut dinamica acestei răzvrătiri împotriva mamei până a ajuns în anajiză.

În compania mamei ei, dra K. Constata că nu se putea supăra. În schimb, dorea cu disperare să-i facă pe plac şi îi era teamă că mama ar putea să o prefere pe sora mai tânără. Chiar şi când se afla în Anglia, departe de mama ei, dra îi trimitea frecvent scrisori împăciuitoare, îi telefona aproape zilnic. În acelaşi timp îşi percepea mama ca pe o „excrescenţă cancerigenă” în interiorul ei, de care simţea că trebuie să scape.

Mama se pricepea în a se pretinde rănită: „Cum ai putut să-mi faci una ca asta, după toate câte am făcut eu pentru tine?” etc., şi devenea foarte tristă dacă dra K. Îndrăznea să sugereze că mama ei nu era chiar cea mai iubitoare din lume. Deci dra K.

Putea să dea expresie sentimentelor ei întorcându-le împotriva ei însăşi şi a mamei interiorizate. Atunci când se supraalimenta, alegea în mod deliberat „hrană proastă”, simţind o plăcere sadică „aruncând tot gunoiul ăsta mamei din mine”.

Din cauza relaţiei foarte sexualizate cu tatăl ei, care nu pare să-i fi dat un sens corect al relaţiei părinte/copil, dra K. A ajuns să considere orice contact fizic cu un bărbat ca fiind incestuos. Orice imagine mintală a oricărui prieten se contopea uşor cu cea a tatălui ei. Prin urmare, se simţea vinovată în legătură cu contactul fizic heterosexual, iar una dintre funcţiile supraalimentării era de a o face „fizic repulsivă” (propria ei exprimare). Descurajând astfel contactul sexual, după care tânjea, reuşea să evite vina de incest.

Dra K. Se întreba dacă ar reuşi să nu se mai simtă vinovată într-o relaţie homosexuală, însă şi aici se simţea prinsă în capcană de implicaţiile incestuoase ale seducţiei senzuale ale mamei faţă de ea. Ambele direcţii păreau blocate. Nu-şi putea permite să fie sexuală genital fără să se simtă vinovată, aşa că îşi inventa forme de autopedepsire – cu speranţa inconştientă că îşi va putea atenua vina de a avea senzaţii sexuale. Mult timp, mâncatul i-a oferit un compromis şi o compensaţie pentru lipsa satisfacţiei genitale.

Pacienta a trăit orgasmul în cursul actului sexual doar o dată sau de două ori, parţial din cauza ocaziilor rare când avea relaţii sexuale şi, parţial, din cauza faptului că partenerii deveneau repede impotenţi în compania ei. Ea a presupus că explicaţia se afla în neputinţa lor de a face faţă cerinţelor ei insaţiabile. De fapt, ea se aştepta ca toată lumea, inclusiv eu, să se retragă în faţa intensităţii cererilor ei asupra celorlalţi.

Nu am avut niciodată o imagine clară privind viaţa sexuală a pacientei. Nu se oferea spontan să discute acest subiect, iar eu am hotărât, în mod deliberat, să nu o întreb.

Crescând atât de mult în greutate, dra K. Putea simula o sarcină şi încerca să-şi creeze iluzia că chiar este însărcinată. Semnificaţia aceasta a descoperit-o în mod conştient pe la mijlocul analizei ei, pe atunci sora ei împreună cu soţul, doctor, trăind şi lucrând în Anglia. Sora era deja gravidă în luna a patra sau a cincea. Dra K. A fost invitată să locuiască cu ei. A acceptat şi au apărut frecvente izbucniri de gelozie şi invidie faţă de sora ei şi de sarcina acesteia.

Căsătoria surorii ei constituia deja un motiv de invidie, sora „având un soţ”, în timp ce pacienta se considera prea grasă şi urâtă pentru a se putea căsători vreodată. Sarcina a adăugat o

nouă dimensiune tensiunii, rădăcinile acesteia putându-le trasa în timp în perioada de sarcină a mamei cu sora ei. Dra K. Şi-a amintit cum mama îi spusese că ea, pe când era bebeluş, a încercat să atace burta mamei ei însărcinate. A simţit o gelozie evidentă faţă de sora sa de când ea s-a născut. Mult timp după naşterea acesteia, a refuzat să mănânce mâncare gătită de mama ei, uneori doar tatăl sau o altă persoană străină putând să o alimenteze.

Pe durata sarcinii surorii ei, dra K. A crescut în greutate direct proporţional cu înaintarea sarcinii. În mare măsură a reuşit să arate la fel de gravidă ca şi sora ei, însă în sinea ei fierbea de invidie faţă de bebeluşul viu care făcea de râs umflarea sterilă a propriei burţi.

PACIENTA DEMONSTREAZĂ NEVOIA DE LIMITE

Iniţial, dra K. Sosise în Anglia de pe coasta de vest a Americii, pentru a-l căuta pe terapeutul pe care-l avusese înainte (dr. Z.). Fusese în tratament psihoterapeutic privat, cu două şedinţe pe săptămână, cu acest doctor, în America, timp de aproape doi ani. Terapia s-a terminat brusc când acel dr. Z. A acceptat şansa care i s-a oferit de a lucra în Europa. N-a mai fost timp să o pregătească pentru acea întrerupere.

În următorii doi ani, dra K. A păstrat legătura cu dr. Z.,

prin scrisori şi telefoane. Călătoria ei în Anglia era ultima încercare de a-l convinge să reia terapia cu el. I-a telefonat de la Londra, implorându-l să-i permită acest lucru. Încerca să-şi găsească o gazdă în oraşul unde lucra el. Abia atunci a acceptat că dr. Z. Nu mai voia să reia tratamentul ei. În schimb, i-a recomandat să încerce terapia de grup. Dra K. Mi-a spus că doctorul îi explicase această recomandare spunând: ’Transferul către un singur terapeut ar fi prea puternic, de necontrolat”. S-a simţit jignită şi respinsă, însă nu s-a lăsat abătută din căutarea unui alt terapeut individual. Până la urmă, a fost trimisă la mine.

În faza de început a analizei ei, am auzit multe despre dr. Z. În timpul terapiei precedente, dr. Z. Fusese psihiatru. Din ceea ce a relatat pacienta din acea terapie, am înţeles că el o impresiona cu laude şi încurajări. Pacienta se simţea erotic atrasă de el şi era satisfăcută şi excitată de interesul pe care îl manifesta doctorul pentru corpul ei. A constatat că putea manevra acest interes pentru ea, centrând totul pe greutatea ei corporală. Dr. Z. O cântărea de fiecare dată când mergea la şedinţă şi o lăuda de câte ori reuşea să scadă în greutate. O încuraja şi descriindu-i felul de haine care îi vor avantaja silueta cel mai bine, ba ajungea şi la detalii de genul celui mai potrivit sutien. Dra K. A descris o ocazie când dr. Z. A făcut-o să se

dezbrace până la talie ca să-i arate cum i se forma bustul în urma scăderii în greutateţajutată de sutienul recomandat).

Centrul evident al relaţiei în timpul terapiei îl constituia prietenul de atunci al drei K. Ea I-a descris pe terapeut ca fiind „omul din umbră" pentru relaţia ei cu prietenul de atunci, astfel încât ea putea să-şi satisfacă astfel dorinţa de a fi „absolut dependentă" de dr. Z. Acesta chiar îi permitea să-i sune la telefon pentru a-l întreba care să fie pasul următor în relaţia cu acel băiat, iar dr. Z. O sfătuia în acest sens.

Spre sfârşitul tratamentului cu dr. Z., dra K. I-a răsplătit pierzând mult din greutate, iar la insistenţele şi sub ghidarea lui s-a hotărât să-i determine pe acel prieten să o ceară în căsătorie. Cam în acest stadiu, dr. Z. I-a comunicat că urma să plece din America pentru a lucra în Europa.

Pierderea iminentă a relaţiei ei cu acest terapeut a dat la iveală intensitatea ataşamentului ei erotic faţă de el, iar el continua să-i satisfacă cerinţele chiar şi după ce relaţia de tratament „s-a terminat în mod oficial". Se pare că, pentru a-i atenua dezolarea faţă de faptul că-l pierdea, dr. Z. I-a permis să-i viziteze şi acasă. L-a vizitat de mai multe ori în luna pe care o mai avea înainte de a pleca în Europa şi mi-a spus că de câteva ori a stat şi peste noapte. Fiind cazată în camera liberă de lângă

dormitor, pacienta pretinde că ar fi ascultat cum dr. Z. Avea relaţii sexuale cu soţia lui.

Comentariu: Trebuie clarificate mai multe puncte în legătură cu relatarea terapiei anterioare şi cu celelalte activităţi ale pacientei din afara cabinetului de consultaţii. Ceea ce descria pacienta era de fapt modul în care percepea ea acele trăiri. De exemplu, în relaţia ei cu dr. Z., trebuie să ţinem cont de dorinţa ei de a deveni erotic implicată într-o relaţie, ceea ce va da o altă nuanţă perceperii acelor trăiri şi amintirilor care i-au rămas legate de ea. Deci, n-ar trebui să considerăm

A

cele de mai sus doar ca o redare a lumii interioare a pacientei şi ca o dovadă a unui transfer erotizat nerezolvat, suferind distorsiuni de împlinire a dorinţelor? Putem detecta cu siguranţă elemente de transfer, dar nu putem pune totul sub semnul transferului, dacă terapeutul îşi satisfăcea de fapt activitatea de seducţie a pacientei cu propria-i activitate de seducţie. Prin urmare, nu ar trebui să descriem interacţiunea dintre această pacientă şi terapeutul ei anterior ca fiind „doar transfer” (Leites, 1977).

De asemenea, trebuie luată în considerare veridicitatea

fundamentală a celor spuse de pacientă, ca fiind o trăsătură a analizei ei. Deşi la început mi-a ascuns anumite lucruri, mai ales prin transpunerea în act a acestor sentimente, pe care iniţial le-a clivat şi le-a ţinut în afara analizei, am constatat că în final era dispusă să înfrunte detaliile propriului adevăr – oricât de dureros ar fi fost. Dra K. Mi-a dat impresia că nu ascundea sau nu modifica niciodată adevărul despre ea însăşi, în mod conştient.

Dra K. S-a simţit profund zguduită de refuzul dr. Z. De a o reprimi în terapie. Se bazase pe reluarea acestei relaţii cu el, mai ales că slăbise „numai de dragul lui”. A revenit la supraalimentarea din greu şi se îngrăşase cam cu douăzeci de kilograme în lunile de dinainte de a o cunoaşte eu. Creşterea în greutate era motivată pe atunci de dorinţa ei de a se răzbuna pe dr. Z.

Dra K. A continuat să resimtă ca o obsesie relaţia ei neconsumată cu dr. Z.; credea că e îndrăgostită de el. În comparaţie cu această situaţie, relaţia ei nefericită cu prietenul din America (între timp, se rupsese definitiv) a pălit în intensitate. În răzbunarea ei prin supraalimentare, pacienta ajunsese în stadiul de a nu-şi mai putea controla deloc apetitul. Deseori, era disperată şi în pragul unui colaps. Uneori se gândea la sinucidere, însă nu credea că ar avea curajul de a comite

suicidul.

PROBLEME LEGATE DE LIMITE

Felul în care dra K. Se referea la dr. Z., spunându-i pe nume, suna de parcă ar fi fost vorba de prietenul ei şi nu de terapeutul ei şi, de fapt, aşa şi simţea ea. Dr. Z. Era urcat pe un piedestal, iar pacienta spunea: „Cel puţin el mi-a arătat că-i pasă de mine", în timp ce pe mine mă percepea ca fiind distrat şi nepăsător.

Psihiatrul care o îndrumase către mine îi spusese drei K. Că avea nevoie de graniţe analitice clare, dacă voia să aibă vreo şansă de a profita de terapia ei ulterioară. Având mare nevoie de ajutor, de la început pacienta a fost în mod deschis de acord cu condiţiile tratamen tului. Nu mi-a telefonat niciodată, nu mi-a cerut suplimentarea timpului şedinţei niciodată. Totuşi, cu alte persoane continua să-şi exerseze calităţile ei manipulative şi solicitante.

Am interpretat această situaţie ca o încercare de a mă cruţa de intensitatea sentimentelor ei; iar când am putut să văd la ce presiuni îi supunea pe ceilalţi, mi-am dat seama de ce anume mă proteja. De asemenea, aşa înţelegea ea să fie copilul bun şi obedient, în relaţia cu mine, presupunând că o voi respinge dacă m-ar confrunta cu celelalte aspecte pe care şi le exprima în altă

parte.

Totuşi, în curând am descoperit că dra K. Avea o tendinţă puternică de a provoca pe alţii să-i ofere forme alternative de tratament, în paralel cu şedinţele cu mine. Prin urmare, a trebuit curând să mă hotărăsc cum să tratez această problemă.

Am simţit că pacienta încearcă să mă provoace să adopt un rol nepsihanalitic, aşa încât să opresc această manifestare împotriva analizei, încercând să mă identific cu experienţa pacientei în luarea acestei poziţii, mi-am dat seama că dacă reacţia mea implica încercarea de a o controla, m-ar putea percepe ca repetând factorul traumatizant al relaţiei dintre ea şi mama ei. Asta m-a convins că nu voi fi în stare să interpretez experienţa în privinţa mea ca transfer, dacă mă va vedea comportându-mă ca mama ei. Am simţit că dra K. Mă provoca inconştient să reconstitui cu ea rolul mamei intruzive.

În timp ce trebuia să fiu atent la această clivare a transferului şi gata să o interpretez ca atare, mi-am dat seama ce repede îmi folosea această pacientă toate interpretările de parcă acestea ar fi fost încercări din partea mea de a o manipula, de a o direcţiona sau de a-i conduce în vreun fel viaţa în locul ei. Mult timp a continuat să reacţioneze la interpretări de parcă ar fi fost direcţionări deghizate.

Treptat, a devenit clar că dra K. Practic nu a trăit niciodată vreo relaţie în care unul dintre parteneri să nu încerce în mod activ să-i manipuleze pe celălalt. Curând, acesta a devenit aspectul central al experienţei ei analitice. Eu a trebuit să o ajut să găsească acel spaţiu personal în care să-şi descopere propriile gânduri şi sentimente, iar, în final, propria direcţie, în loc să acţioneze pe baza dependenţei ei vicioase de ceilalţi.

Pentru un timp, drei K. I s-a părut deosebit de greu să creadă că avea vreo putere de direcţionare interioară şi s-a luptat cu sentimentul că am frustrat-o de solicitarea ei ca cineva să-i controleze viaţa. De exemplu, de multe ori căuta la alţii, în afara relaţiei analitice, sfatul pe care eu refuzasem să i-l dau. Întrucât reuşise de atâtea ori să-i folosească pe alţii pentru a i se da o direcţie, putea să ignore fermitatea poziţiei mele.

Cel mai adesea, dra K. Îl folosea pe cumnatul ei (doctor) ca tera peutul alternativ. El o sfătuia, îi aranja alte forme de tratament – toate fiind operaţii ale sale de respingere a psihanalizei. Faptul că ea accepta aceste alte tratamente exprima, de asemenea, atacurile ei de a nu recunoaşte analiza.

Primele încercări de a avea un tratament alternativ au fost prin medicamente. La început, i-au fost prescrise de medicul generalist, însă, după ce a sosit în Anglia cumnatul, dra K. A

început să accepte medicamente de la el. Acestea includeau antidepresive, precum şi medicamente de anulare a apetitului. Abia după mult timp mi s-a spus că folosea asemenea medicamente.

Următoarea încercare serioasă a cumnatului a fost de a-i lega pacientei maxilarele. Aceasta era considerată ca o măsură ultimă de a o împiedica să se supraalimenteze. Urma să i se lege dinţii aşa încât să nu poată mesteca hrană solidă, fiind hrănită numai cu hrană lichidă. Mi-a spus prima oară de acest plan după ce fusese la dentist, care i-a luat amprentele ca să-i facă lucrarea stomatologică.

În ceea ce priveşte încercările anterioare ale drei K. De a mă provoca să-i interzic să recurgă la tratamente în afara analizei, am fost pus în faţa altei dileme. Dacă interpretam aceste încercări ca pe un alt atac împotriva analizei, ceea ce şi erau de fapt, ea le-ar fi luat drept manevre prost ascunse de a o opri de la această măsură de a-şi lega maxilarele. Dacă aş fi încercat să-i interpretez presupunerea că intenţionam să o controlez (ca şi când m-aş fi bazat pe celelalte experienţe ale relaţiilor ei – adică transferul), nu ar fi fost prea convingător. Fiindcă într-adevăr voiam să o opresc, trebuia să fiu şi mai atent în a o lăsa pe dra K. Să ajungă singură la deciziile ei, legate de

faptul dacă să continue sau nu cu cele planificate deja, indiferent de ceea ce ar fi ales.

La următoarea şedinţă, dra K. A venit cu maxilarele fixate. În ceea ce priveşte folosirea medicamentelor, eram din nou pus în faţa unui *fait accompli*. Personal mă întrebam dacă ea putea folosi acest „dispozitiv” din gura ei ca o tranziţie între relaţia externă care o stăpânea şi începuturile unei capacităţi interiorizate de autocontrol. Când am cercetat această posbilitate împreună cu ea, a reieşit că nu putea face această trecere.

Dispozitivul dentistului a ajuns să fie perceput de dra K. Drept o întruchipare a mamei intruzive. Simţea persecuţia acestui obiect (fixat de acum în gura ei), încercând să îi impună un control, aşa cum făcuse şi mama ei. A ajuns ceva ce trebuia învins cu orice preţ.

Dra K. A trăit aceeaşi ură faţă de acest obiect ca şi cea pe care deseori o resimţea faţă de mama ei. I-a intensificat dorinţa de a dejuca planurile mamei în legătură cu ea şi ale oricui altcuiva care părea aliatul mamei în încercarea de a o controla.

9. CĂUTAREA SPAŢIULUI: O PROBLEMĂ DE LIMITE 1 85

Deşi dispozitivul din gură o împiedica să muşte, a devenit

foarte ingenioasă în a găsi căi de a depăşi această restricţie. Zdrobea alimente care îngrăşau şi le sugea printr-un tub larg. Continua să se îngraşe, detectam o notă de triumf pe când se plângea de eşecul acestei măsuri drastice de a o împiedica să mănânce.

Totuşi, a mai apărut un element inedit, şi anume că muşcatul juca un rol esenţial în plăcerea ei de a mânca. Privată de satisfacţia directă de a muşca din mâncare, dra K. A devenit mult mai evidentă, în mod deschis, în sarcasmul ei muşcător şi în ieşirile ei nervoase faţă de cei care o supărau. Mare parte din sarcasm era îndreptată spre cumnatul ei, care o sfătuise să-şi lege dinţii. Parte era îndreptată şi spre mine, deoarece nu o oprisem să urmeze acel sfat.

În timpul celor patru luni cât a stat cu dinţii fixaţi, sora drei K. A născut o fetiţă. Acest fapt i-a stârnit o intensă gelozie şi invidia faţă de apropierea dintre mamă şi nou-născut. Dra K. Se simţea în stare să domolească aceste sentimente doar luând bebeluşul de lângă sora ei ori de câte ori putea. Se interpunea între mama adevărată şi nou-născut pretinzând că nou-născutul ar fi al ei. Se poate observa aici o reamintire, prin retrăire, a fantasmelor timpurii pe care le avea pe vremea când mama ei o născuse pe sora ei. Acest fapt a confirmat munca interpretativă

precedentă în legătură cu sentimentul de excludere din relaţia dintre părinţi, iar apoi dintre mamă şi sora ei.

Această transpunere în act a trecutului în prezent a fost exemplificată în continuare când mama drei K. A venit în Anglia pentru a-şi vedea prima nepoată. Dra K. A devenit geloasă pe orice atenţie acordată surorii sau nou-născutului. Pentru a-şi suprima aceste sentimente recurgea la mâncat, însă indirect o făcea şi pentru a-şi le exprima.

Cam în această perioadă, cumnatul, care a ajuns să se considere cel care răspundea de tratamentul drei K., a îndrumat-o către un terapeut behaviorist. Acesta a insistat să-şi scoată imediat obiectul care îi ţinea dinţii fixaţi, iar dra K. S-a lăsat pe mâinile lui pentru a i se spune din nou ce să facă.

Dra K. A putut să-şi joace în relaţia cu acest nou terapeut dorinţa de apropiere fizică de care presupunea inconştient că eu trebuia să fiu protejat. A putut repeta cu el multe din aspectele prezente în relaţia ei anterioară cu dr. Z.

Dl. R., ca şi dr. Z., a manifestat un interes crescut pentru problema greutăţii ei corporale şi pentru corpul ei, în general. De asemenea, a acceptat schimbarea locului şedinţelor din cabinetul lui în camera de zi a locuinţei lui. Argumentul tratamentului său consta în a o condiţiona împotriva anumitor

forme de mâncare. A mai spus că dorea ca dra K. Să se simtă mai bine în legătură cu corpul ei în general. Voi da două exemple:

(1) Dl. R. A cerut pacientei să se întindă pe podea (acasă la el), iar el şi-a introdus degetul în gura ei. A fost citat spunând: „Acum imaginează-ţi că degetele mele sunt un baton [de ciocolată] Mars”. Apoi a încurajat-o pe dra K. Să fantazeze în legătură cu batoanele [de ciocolată] Mars, cu anticipaţia excitată de a le mânca. Apoi îşi vâra şi mai adânc degetele pe gât, în fond făcând-o să vomite. Intenţia era de a crea legătura de reflex condiţionat între mâncatul batonului Mars şi vomitat. Ceea ce dra K. Nu i-a spus era că pentru ea degetele lui în gură au fost excitante sexual. Ea voia să continue acel experiment.

(2) Cu o altă ocazie, dl. R. I-a spus pacientei că trebuie să se obişnuiască cu atingerea fizică. A început să-i mângâie corpul pe când ea era întinsă pe podea, concentrându-se mai mult asupra sânilor. Acest episod se desfăşura tot acasă la el. Soţia lui era şi ea acasă, dar nu în cameră. El susţinea că soţia lui „înţelege deplin” necesitatea acestui tratament pentru pacientele lui.

Pacienta mi-a spus că întregul episod i s-a părut atât

excitant, cât şi înfricoşător. Ulterior, s-a şi aflat într-o stare de conflict acut dacă să mai revină la dl. R. Pentru continuarea tratamentului sau nu. De fapt, nu dorea cu adevărat ca acel domn să o ajute în problema mâncatului. Dacă s-ar fi întors, ştia că o făcea din cauza senzaţiei sexuale pe care a trezit-o în ea. Îşi închipuia despre el că ar fi o continuare a relaţiei ei cu dr. Z. Totuşi, în final, după multe ezitări, a luat singură hotărârea de a înceta să-i mai frecventeze pe acest ultim terapeut alternativ.

Am interpretat, mai ales, ca pe o punere în scenă cu alte persoane a acelor aspecte pe care în camera de consultaţie le-ar fi dorit experimentate cu mine. Provocându-l pe cumnat să se poarte întocmai ca mama intruzivă, iar pe dentist, cu „dispozitivul” lui, ca o transpunere în realitate a acesteia, pe mine mă putea păstra în ipostaza unei mame ideale şi deci neintruzive. În mod similar, stabilind acea relaţie cvasisexuală cu terapeutul de comportament, dra K. M-a putut ţine pe mine în siguranţă ca pe tatăl nesexual.

Nu era uşor să o ajuţi pe dra K. Să-şi dea seama de mulţimea modalităţilor în care a contribuit la aranjarea acestor situaţii. Se plângea de cei care continuau să-i spună ce să facă, de cei care îi manipulau viaţa, încălcând intimitatea ei. Totuşi, îmi era clar că ea era foarte ataşată, într-un anumit fel, de acest

tip de relaţie. Şi, în timpul analizei, mă forţa să-i dau sfaturi, direcţie, ca şi când aceasta ar fi singura cale pentru ea de a face faţă problemelor din viaţa ei. Continua să se plângă de presiunile la care o supuneau alţii, cum încerca ea să le reziste, însă în mod evident îşi folosea neajutorarea pentru a provoca încercări inutile de a o ajuta. Apoi făcea ca aceste încercări să eşueze, relatându-mi cu evidentă satisfacţie aceste eşecuri.

Pe când mama ei se afla în Anglia, dra K. A recăzut la început în tipul de relaţie pe care îl avusese dintotdeauna cu mama sa. Asta însemna oscilarea între dorinţa pacientei de a-i face pe plac mamei şi izbucnirile de mânie, urmate de regrete şi autoincriminare, cu intenţia de a salva aparenţele unei bune relaţii cu mama ei.

Totuşi, pe parcursul acestei vizite, pacienta a descoperit măsura în care acest tipar relaţional se baza pe fantasma că mama trebuia protejată de sentimentele criminale pe care dra K. Le nutrea faţă de ea. O considera pe mama ei incapabilă de a se separa total de ea. Treptat a devenit clar că în acest fel pacienta îşi ascundea faţă de ea însăşi teama de a fi respinsă de mama ei. Atât mama cât şi fiica se străduiau obsesiv să nege orice sentimente negative faţă de cealaltă. Rezultatul a fost că s-au

separat.

Totuşi, pe timpul vizitei mamei, dra K. A îndrăznit să provoace această relaţie şi fantasma comună [mamei şi fiicei] că separarea era de nesuportat. Şi-a exprimat gândurile în faţa mamei aşa cum nu şi-a imaginat vreodată că ar fi posibil. Spre surprinderea ei, mama a supravieţuit acestei declaraţii şi nu a mai recurs la mimarea manipulativă a sentimentelor rănite. Pentru prima oară, pacienta a avut o discuţie deschisă cu mama ei. Aceasta a ajutat la stabilirea unei distanţări psihologice între ele. În această situaţie, a putut atrage atenţia mamei când aceasta devenea din nou intruzivă, ca, de exemplu, atunci când se aştepta să ştie tot ce face pacienta, tot ce gândeşte sau simte.

Dra K. Şi-a dat seama şi de modurile în care, frecvent, îi invita pe alţii să devină implicaţi în luarea hotărârilor în locul ei. A început să înţeleagă că nu trebuia să rămână victima neajutorată a atitudinii intruzive a celorlalţi. Ajungând să cunoască mai în amănunţime modul în care ea o evoca, a descoperit că îşi putea modifica atitudinea, obţinând de [a ceilalţi reacţii de răspuns diferite, modificate corespunzător.

În această perioadă, mama şi-a încheiat vizita de şase săptămâni în Anglia, iar dra K. A început să se considere o persoană separată. Mama ei a reacţionat corespunzător,

considerându-şi fiica o persoană diferită. Relaţia dintre ele, atât de simbiotică şi confuză înainte, a devenit diferenţiată. În special, s-au fixat graniţele personale dintre mamă şi fiică acolo unde înainte nu existaseră deloc. Apoi am trecut la faza finală a tratamentului drei K… O dată ce a aflat exact când urma să-i expire viza, a putut să-şi finalizeze planurile de a emigra în altă ţară. Am aflat de plecarea ei cu patru luni înainte. Acest lucru a precipitat faptele, determinând-o pe pacientă să obţină de la analiză cât mai mult înainte de a pleca.

În timpul acestor luni, dra K. A început să-şi dea seama că mâncatul nu mai era însoţit de senzaţia de insaţietate de dinainte. Credea că, după ce va pleca din Anglia, va începe să se alimenteze în mod normal, însă până atunci îşi păstra surplusul de greutate în mod deliberat. Nu voia ca familia, şi mai ales mama ei şi cumnatul ei să-şi închipuie că progresul vizibil s-ar datora în vreun fel presiunilor la care au supus-o, aşa încât nu voia să slăbească atât timp cât mai trăia în orbita lor de influenţă. Considera această conştientizare a pierderii caracterului forţat al alimentării ca pe un secret pe care îl împărtăşea numai cu mine.

Dra K. A hotărât să termine analiza cu o săptămână

înainte de a pleca din Anglia. Aceasta a fost o alegere deliberată, vrând să aibă experienţa de a fi hotărât să înceteze şedinţele chiar dacă ar mai fi putut veni de câteva ori. În acest mod, a putut să confere plecării ei o probă importantă de deliberare proprie. Nu a fost doar o acceptare pasivă, cum ar fi perioada fixată de autorităţi până la expirarea vizei, nu era nici doar întâietatea de a declara sfârşitul, deşi era şi aşa ceva.

Dra K. Şi-a folosit ultima şedinţă stând pe un scaun faţă în faţă cu mine. În timpul acestei ultime ore a trecut în revistă ce anume a câştigat din analiza ei. Constatarea cea mai importantă a fost: „Încep să devin propria-mi versiune despre mine”. A mai vorbit despre importanţa de a descoperi spaţiul dintre oameni. A experimentat ea însăşi această descoperire şi era sigură că nu o va uita.

DISCUTAREA ROLULUI ANALISTULUI *Decizia de a recomanda analiza*

Când am început şedinţele cu dra K., ascultând relatarea terapiei anterioare, a trebuit să găsesc urgent modalităţi de a înţelege reacţiile pe care le stârnea în mine. De exemplu, era imposibil să nu simt impactul nevoii ei atât de solicitante şi ştiam că şi eu aş putea-o resimţi ca fiind copleşitoare – mai ales dacă nu reuşeam să o înţeleg. Totuşi, în final, m-am convins că,

de fapt, aici se aflau indicii importante privind conducerea analizei acestei paciente.

Reluând ceea ce-mi spusese dra K. Despre ea însăşi, am înţeles că nu a simţit niciodată siguranţa de a fi conţinută în timpul terapiei anterioare, deoarece terapeutul a fost supus probabil la aceleaşi presiuni pe care le simţeam şi eu din partea ei. De asemenea, mai era ceva legat de intensitatea transferului pe care dr. Z. I-a resimţit ca fiind prea puternic pentru o singură persoană. Dra K… Gândea la fel, aşa că am înţeles că trebuie să fiu foarte ferm în păstrarea limitelor personale şi profesionale, ţinându-mă de cadml obişnuit al analizei şi anticipând o transpunere în act severă. Astfel, fusesem avertizat.

Un alt indiciu care m-a avertizat a fost dorinţa pacientei de a-mi face pe plac, spre propriul meu bine. Era atentă să nu încalce aceste limite evidente, ceea ce făcuse din plin în terapia anterioară. După cum am mai arătat, nu mi-a telefonat niciodată, – la sfârşitul şedinţei era întotdeauna gata de plecare, – niciodată nu a cerut timp în plus şi nici nu a manevrat lucrurile în aşa fel încât să-i obţină. Totuşi, ascultând dincolo de complezenţa ei, am înţeles că era seducţia de a mă mulţumi, amintindu-mi inconştient că avea nevoie de fermitate.

Dra K. Părea să nu fi întâlnit niciodată pe cineva pregătit

să reziste presiunilor ei manipulante. Prin urmare, nu era surprinzător faptul că se considera ca având în sine ceva incontrolabil. Era în căutarea unei relaţii conţinătoare care să reziste acestor presiuni. De aceea, ştiam că sarcina mea cea mai importantă era de a supravieţui manipulărilor la care mă supunea, indiferent de forma sub care mi-ar fi parvenit acestea. Dacă reuşeam acest lucru, eram sigur că vom realiza ceva.

Propunerea mea iniţială a fost doar de două şedinţe pe săptămână, pentru a vedea cum ne descurcăm. Mai trebuia să hotărăsc dacă îmi puteam asuma riscul de a o supune la o terapie mai intensivă, ţinând cont de timpul scurt avut la dispoziţie pentru terapie în această ţară. Totuşi, după ce am simţit că pacienta avea suficientă putere a eului şi că nu se afla în pragul unei regresii incontrolabile, am decis că poate folosi analiza.

Sentimentul de a fi deranjat şi/sau manipulat

Recurgând la identificarea de încercare în două direcţii, am aflat multe despre experienţa drei K. În ceea ce priveşte amestecul în viaţa ei în cadrul relaţiilor avute până acum. De exemplu, când mi-am ascultat sentimentele, închipuindu-mă ca fiind terapeutul avut anterior, am simţit că pacienta se amestecă intens în viaţa mea. Dr Z. A fost deseori contactat în afara şedinţelor şi a acceptat să-i acorde şedinţe în plus. De asemenea,

a permis pacientei să-i viziteze acasă la el. Prin urmare, pacienta avea despre terapeut imaginea cuiva care putea fi invadat, manipulat şi sedus.

În mod similar, încercând să mă identific cu pacienta, mi-am dat seama că dra K. Trebuie să fi fost supusă la acelaşi tip de intruziune şi manipulare, e posibil ca experienţa trăită în terapia anterioară să-i fi confirmat cele mai rele presupuneri despre ea însăşi. Era inevitabil ca aceste probleme să apară şi în legătură cu mine.

Rolul meu în legătură cu transpunerea în act

De multe ori, dra K. M-a făcut să mă simt neajutorat în legătură cu transpunerile ei în act – în afară şi împotriva analizei. De câte ori simţeam nevoia să restrâng această activitate recurgând la interpretare (aşa cum aş fi făcut-o cu alţi pacienţi), prin identificarea de încercare mi se atrăgea atenţia în mod regulat asupra posibilităţii ca ea să creadă că vreau s-o controlez. Viaţa ei fusese plină de alţi oameni care au încercat să-i domine viaţa, aşa că am simţit că ar fi contraproductiv să-mi asum un rol pe care ea I-ar fi perceput ca fiind similar sau identic cu cel al altora.

De asemenea, am fost alertat de obedienţa ei iniţială în

analiză, făcându-mă să presupun că ea diva şi denega din aceasta o parte neobedientă mai sănătoasă. Dacă aşa stăteau lucrurile, acest protest va continua probabil să fie exprimat în afara relaţiei noastre, până când vom ajunge să înţelegem nevoia pacientei de a folosi asemenea modalităţi defensive în relaţia cu mine.

Am fost pus în faţa unei acute dileme tehnice. Puteam, desigur, să-i interpretez transpunerea în act. Mai mult, puteam interpreta (în termeni de transfer) orice înţelegere greşită a motivelor interpretării, dacă ea ar fi presupus că încercam doar să o controlez ca toţi ceilalţi. Totuşi, când am făcut această interpretare, nu prea a avut efect. În schimb, a trebuit să accept că eram martorul neajutorat al permanentei ameninţări de a avea analiza distrusă de diversele încercări de tratament alternativ. Ştiam că nu aş fi ajutat-o pe pacientă dacă motivul meu de a-i controla transpunerea în act era în principal bazat pe reducerea propriilor simţăminte de disconfort. Ştiam şi că nu s-ar fi câştigat nimic dacă aş fi determinat-o să accepte orice formă camuflată de direcţionare, prin interpretările mele, menite să o controleze. Ar fi rezultat numai o schimbare de faţadă, fals obţinută. Această dezbatere cu mine însumi m-a ajutat să adopt o poziţie diferită în analiză.

Am simţit că dra K. Avea inconştient nevoie de transpunerea în act, mai ales pentru a trăi cu adevărat experienţa de fi lăsată să-şi conducă viaţa fără niciun fel de interferenţă sau intruziune din partea mea. Am învăţat să mă păzesc de orice dorinţă proprie de a-i direcţiona vrpţa, prin cuvinte sau prin atitudine – chiar şi indirect. Aşa am ajuns la nevoia ei de spaţiu, şi nevoia ei ca eu să respect acest spaţiu, indiferent ce ar fi însemnat asta pentru imaginea mea ca analist. A trebuit să învăţ să accept ca ea să mă facă să mă simt impotent profesional, fără să parez cu încercări de a mă dovedi altfel. Numai în timp se putea dovedi dacă această atitudine va fi efectivă sau nu. Prin urmare, m-am simţit uşurat când, mai târziu în analiză, mi-am putut relua interpretarea motivelor ei inconştiente ale transpunerii în act, fără să pară ca o repunere în scenă a manipulării din partea altora.

Clivajul în transfer

În prima parte a analizei, dra K., în mod persistent, îi idealiza pe dr. Z–, aşa cum făcuse şi cu tatăl ei. Mai târziu, dra K. A ajuns să-şi dea singură seama că, în punctele principale, niciunul nu-i fusese de ajutor din cauza lipsei limitelor din cadrul relaţiilor cu ei. Pentru un timp, această realizare a condus la o deplasare în idealizarea timpurie a dr. Z. Apoi, a început să

idealizeze relaţia cu mine, aparent acceptând încă limitele pe care i le-am impus. Această idealizare a mea în transfer se poate modifica numai prin interpretarea constantă a transpunerii în act a pacientei – modalitate de denegare a atacurilor împotriva mea – ea aşteptându-se în mod inconştient să nu îi pot face faţă.

De la început, dra K. Părea să-şi folosească analiza. Am crezut că era bucuroasă de şansa de a avea o relaţie în care exista un cadru clar conturat. Între timp, ea ataca în mod constant analiza prin transpunerea în act contrară. Nu era conştientă de aceste atacuri, însă intenţia inconştientă a devenit foarte clară.

Pe măsură ce analiza continua, dra K. Îmi prezenta tratamentele alternative unul după altul, fiecare fiind deja în lucru. Decât să fiu în situaţia de a încerca să o influenţez, în legătură cu aceste tratamente alternative, am preferat să îi accept deciziile luate în legătură cu ele, ferindu-mă să le evaluez.

Faptul că am supravieţuit acestei testări, a început să apară în contrast cu fundalul constituit de sfaturile care îi erau permanent oferite. Aprecierea din partea drei K. A rolului meu în recuperarea ei a devenit evidentă brusc spre sfârşitul analizei ei, când venea de cinci ori pe săptămână – ştiind deja cu exactitate când urma să plece din Anglia. Supravieţuirea mea a

deschis un spaţiu neutru pentru ea, în care îşi putea trăi sentimentele şi dorinţele.

Pentru prima oară, dra K. Nu trebuia să satisfacă dorinţele altcuiva. Puterea acestui fapt a fost surprinzătoare. La început, nu credea că am reuşit cu adevărat să rezist presiunilor ei asupra mea, presiuni care ar fi trebuit să mă determine să îi dau direcţie, să îi controlez viaţa aşa cum făceau ceilalţi. Apoi a început să se relaxeze, trăind un calm nou pentru ea. Descoperise ceva vital în ceea ce o priveşte. Viaţa îi putea aparţine şi nu trebuia să şi-o petreacă dovedind acest lucru. Efectele de lungă durată ale acestei realizări se pot măsura prin ceea ce a relatat pacienta trei ani mai târziu, descris în continuare.

Noţiunea lui Wimicott despre „utilizarea urni obiect”

Din experienţa acestei analize am învăţat multe atât eu, cât şi pacienta. Pacienta a devenit conştientă de existenţa mea ca entitate separată, exterioară ei şi necontrolată de ea. Aşa putea începe să descopere în ea însăşi o separare similară faţă de mine şi faţă de alţii. A mai descoperit potenţialul creator al spaţiului într-o relaţie, spaţiu în care putea atinge o nouă libertate pentru ea.

În acest scop, pacienta avea nevoie ca realitatea mea să fie independentă, pentru ca ea să şi-o poată descoperi pe a ei. Nu ar fi fost de ajuns pentru pacientă dacă aş fi fost doar un conţinător pasiv al proiecţiilor ei. Avea nevoie de siguranţa, pe care i-o putea da doar experienţa ca atare, că eu aveam propria mea capacitate de a supravieţui atacurilor ei şi nu aveam nevoie de a fi protejat de către ea.

La rândul meu, am descoperit mai multe despre importanţa *spaţiului* într-o relaţie şi am început să apreciez importanţa clinică a conceptului lui Winnicott (1971) numit „utilizarea unui obiect" (cap. 6). Dra K. A fost în stare să folosească creator propria tendinţă de a distruge pentru a descoperi că supravieţuirea celuilalt nu depinde de ea.

De îndată ce dra K. A descoperit că celălalt putea exista şi supravieţui ca entitate de sine stătătoare, a putut descoperi posibilitatea unei separări reale. Nu trebuia să rămână veşnic legată simbiotic de mama ei (sau de altcineva). Nici nu trebuia să protejeze persoana cu care stabilea o relaţie, încercând să se separe de ea redirecţionându-şi sentimentele destructive asupra altora sau asupra ei însăşi. Abia prin „distrugerea" mea din interior (în fantasmă), ca analist, şi a analizei, prin transpunerea în act, a reuşit această pacientă să-mi descopere alteritatea în

raport cu ea. Anticipase fie colapsul, fie răzbunarea, ca singurele reacţii imaginabile la acele aspecte ale sale pe care ajunsese să şi le considere ca fiind incontrolabile, presupunând în consecinţă că ar fi, în mod atotputernic, periculoase.

La un anumit punct al dezvoltării în discuţie, subiectul îşi creează obiectul, în sensul că îl găseşte în afara lui, şi trebuie adăugat că această experienţă depinde de capacitatea obiectului de a supravieţui. (Este important ca „supravieţuirea", în acest context, să însemne „a nu se răzbuna".) Dacă aceste aspecte apar pe parcursul unei analize, atunci analistul, tehnica analitică şi cadrul analitic supravieţuiesc sau nu atacurilor distrugătoare ale pacientului (Winnicott, 1971, p. 91).

Deseori am fost tentat să interpretez, doar ca să mă asigur că încă mai puteam gândi şi funcţiona în şedinţă când lucrurile păreau haotice, însă a trebuit să învăţ să mă abţin. Totuşi, o dată încheiată transpunerea în act, a redevenit posibil ca eu să interpretez fără ca acest fapt să fie însoţit de dorinţa de a controla pacienta. Ea a ajuns să-şi înţeleagă transpunerea în act retrospectiv, nu la momentul respectiv. A fost încurajator când am aflat că Winnicott (1971) scrisese şi el despre acest aspect:

Analistul simte nevoia să interpreteze, însă procedând astfel ar ruina procesul, iar pacientului i-ar apărea ca o metodă

de autoapărare, analistul parând atacurile pacientului. Mai bine se aşteaptă până când faza aceasta e depăşită, iar apoi se discută cu pacientul despre ceea ce s-a întâmplat (p. 92).

Numai retrospectiv am înţeles poziţia şi motivele mele în analiză. Când, la sfârşit, pacienta a putut să-şi dea seama că eu continuam să supravieţuiesc atacurilor ei împotriva analizei şi împotriva mea, ea a descoperit că se afla pe teren sigur pentru a deveni mai plină de viaţă în ea însăşi. Când a ajuns la final, şi-a părăsit analiza de bunăvoie. De data aceasta, a plecat privind în viitor, nu în trecut.

URMĂRIREA

Am fost foarte prevăzător în legătură cu posibilitatea ca dra K. Să-mi scrie după terminarea analizei. Deja îmi demonstrase cum folosise scrisorile pentru a se ţine de dr. Z., după terminarea terapiei. Totuşi, mi-am dat seama că era mai bine ca dra K. Să-mi poată comunica ce făcea, decât să-mi imaginez că separarea de mine ar fi fost funcţională doar printr-o tăiere artificială, aproape chirurgicală, a relaţiei dintre noi. De aceea, ne-am înţeles ca după un anumit timp să-mi scrie, după ce vor fi trecut fazele de acomodare cu faptul că pleca.

Dra K. Mi-a scris „un raport de progres” după patru luni. Trei luni mai târziu, se afla în trecere prin Londra şi mi-a cerut

să-i acord o singură şedinţă. Am acceptat. Persoana care a venit la şedinţă părea cu totul diferită de pacienta pe care o avusesem în analiză. Pierduse mult în greutate, însă aceasta era cea mai lipsită de importanţă modificare. Avea o nouă ţinută. Întâmpinase tot felul de dificultăţi personale, inclusiv o dezamăgire sentimentală, care altă dată ar fi determinat-o să recurgă la supraalimentare, ca răzbunare şi automângâiere. Nu a apelat la niciunul din mijloacele din trecut pentru a scăpa de conflict. A abordat problemele vieţii ei cu o nouă maturitate.

Dra K. Reîntâlnise şi oameni din trecutul ei, apropiaţi ai familiei, care au încercat să o readucă în cercul vicios al considerării căsătoriei ca unic scop în viaţă, având asociat în acest scop pierderea surplusului de greutate. De data aceasta, ea a găsit suficientă încredere în sine pentru a afla mulţumirea în a face din viaţa ei ce şi cum voia ea.

indiferent dacă rezultatul însemna căsătorie sau nu. Începuse să găsească modalităţi de a deveni ea însăşi. Îşi depăşise dependenţa anterioară faţă de mama ei, de sora ei, de cumnatul ei.

Ultimul lucru pe care mi I-a spus înainte de plecare a fost că şi-a putut controla greutatea abia după ce a început să se

considere diferită faţă de trecut. Înainte, greutatea exprima un sine pe care ea îl presupunea urât şi imposibil de iubit. Simţindu-se acum diferită *lăuntric*, şi-a putut permite să exprime acea diferenţă şi *în exterior*, prin felul cum arăta. Arăta bine.

Trei ani mai târziu, dra K. Mi-a comunicat că încă mai profita de rezultatele analizei ei. Se bucura în continuare de încrederea nou câştigată în ea însăşi şi găsea noi satisfacţii în viaţă. Şi-a redescoperit latura creativă şi a început din nou să cânte şi să picteze. Avea o viaţă plină şi împlinită şi a realizat că e în stare să întreţină relaţii apropiate şi de respect reciproc cu un bărbat. Întâmplător, a ajuns la o greutate normală, după ce a pierdut cam treizeci de kilograme de când a întrerupt analiza. Puterea şi dorinţa de a face acest lucru a venit din interiorul ei. A reuşit acest lucru pentru ea însăşi.

NOTA

1. Deşi acest capitol decurge în mod firesc din cel precedent, munca descrisă aici a avut loc înainte ca eu să-mi fi formulat consideraţiile asupra procesului supervizării interne (descris în capitolul 2). Cititorul va putea recunoaşte că, aici, eu abia încep să-mi găsesc calea spre acest concept.

10. REDESCOPERIREA TEORIEI

Noi nu vom conteni să explorăm, iar ţelul întregii noastre explorări va fi să ajungem de unde am pornit şi să cunoaştem locul pentru prima dată.

T S. Eliot: *Little Gidding'*

Cartea aceasta s-a ocupat mai mult de tehnica psihanalitică decât de teorie. În special, s-a ocupat de utilizarea supervizării interne şi a identificării de încercare cu pacientul, pentru a ne face posibilă mai buna distingere a factorilor care sprijină procesul analitic, faţă de cei care îl stânjenesc. Prin urmare, am cerut mult din partea cititorului, fie să cunoască deja teoria psihanalitică, fie să aibă răbdare până când ideile teoretice se desprind din exemplele clinice.

Deşi am accentuat importanţa folosirii terapeutice a necunoaşterii, nu vreau să las impresia că terapia analitică poate fi asumată doar pe baza celor învăţate de la pacient. Terapeutul trebuie să fie „susţinut" de structura pe care i-o conferă teoria şi familiarizarea cu propriul inconştient, dacă nu, riscă să fie copleşit de patologia pacientului sau să se retragă în „cunoaşterea cognitivă" pentru a evita să se lase copleşit.

Pentru cei care au deja o bogată experienţă în teoria

psihanalitică este clar că o mare parte a practicii descrise în această carte ar fi fost imposibilă dacă terapeutul sau analistul nu ar fi fost familiarizat cu procesele complexe ale inconştientului: mecanismele de apărare, dinamica creşterii şi dezvoltării, precum şi diversele forme de interacţiune inconştientă care apar în orice relaţie.

Deoarece inconştientul se adresează inconştientului, este esenţial ca terapeutul să aibă acces maxim la acest nivel profund de comunicare interactivă prin propriile-i răspunsuri inconştiente către pacient. Acesta este motivul pentru care analiştii şi terapeuţii trebuie să fie analizaţi; şi această experienţă, combinată cu cunoştinţele teoretice, ajută cel mai mult la găsirea unui sens rezonanţei inconştiente în terapeut a ceea ce i se comunică de către pacient. Lipsa analizei personale limitează utilitatea terapeutică a acestor nivele invizibile ale comunicării inconştiente.

Cu toate acestea, există mulţi şi talentaţi lucrători sociali, consilieri şi alte categorii, care demonstrează (cu ajutorul unei bune supervizări) că sunt în stare să folosească cu bune rezultate cunoştinţele lor de teorie psihodinamică. Contribuţia terapeutică a acestei activităţi, chiar dacă este diferită de psihoterapie, nu

trebuie desconsiderată, ci mai degrabă recunoscută şi încurajată.

Am încercat să ilustrez modul în care pacienţii îl conduc pe terapeut fie înapoi, la ceea ce deja cunoaşte, fie mai departe, la ceea ce mai are încă de aflat şi de înţeles. Factorul esenţial al acestui proces este disponibilitatea terapeutului de a se lăsa condus de pacient: trebuie să recunoască situaţiile în care este îndemnat, oferindu-i-se indicii, în care este supervizat inconştient sau când îşi vede aspecte ale lui proprii oglindite de către pacient. Pe aceste căi terapeutul nu numai că redescoperă teoria, el descoperă şi cum să urmărească procesul analitic. Winnicott (1958) scrie referitor la acest punct;

Analiza nu este doar un exerciţiu tehnic. Este ceea ce ajungem capabili să facem după ce am atins un anumit nivel în însuşirea tehnicii de bază. Ceea ce devenim capabili să facem ne facilitează cooperarea cu pacientul în urmărirea *procesului*, care, cu fiecare pacient, are un ritm şi un curs aparte, – toate trăsăturile importante ale acestui proces provin de la pacient şi nu de la noi înşine, în calitate de analişti (p. 278).

Din păcate, deşi fiecare student analist sau terapeut este învăţat să urmeze pacientul şi nu să îl conducă, mulţi ajung totuşi prea siguri de ei, iar această tendinţă se manifestă după ce şi-au obţinut calificarea. Se formează, în cazul lor, un stil de

interpretare care este mai mult o problemă de *a-i spune* pacientului decât de *a descoperi împreună cu* pacientul. Contrastul apare între activitatea analitică devenită dogmatică şi aceea care se bazează pe creativitatea proprie pacientului.

Mulţi terapeuţi citează exemple din activitatea lor clinică în care fac afirmaţii surprinzătoare prin gradul de siguranţă, i-am spus pacientului… „”, apoi i-am arătat pacientului că… „şi” fără îndoială asta se explică prin…”: toate expresiile acestea se regăsesc frecvent în literatura de specialitate. De ce? Să fi devenit teoria psihanalitică atât de rafinată, iar masa experienţei clinice comune atât de convingătoare, încât psihanaliştii să lucreze acum cu o siguranţă teoretică de neconceput pentru exploratorii de la începuturile cercetării din domeniul psihicului uman? Sau avem de-a face aici cu o nevoie de a afişa competenţa, legată de expectaţia de sine a cunoaşterii? N-ar fi posibil câteodată ca dorinţa pacientului de siguranţă să pactizeze cu poziţia clinică a terapeutului care pare că-i oferă această siguranţă?

Consider aceste chestiuni ca fiind foarte tulburătoare. Pentru ca teoria să rămână viabilă, decât să fie demonstrată în mod repetat cu fiecare pacient, mai bine să lăsăm loc pacientului

să lucreze cu ceea ce se petrece la şedinţă. Prin urmare, este important ca terapeutul să nu domine munca analitică, să nu monopolizeze insight-ul terapeutic.

Dacă terapeutul recurge la prea multă certitudine, i se oferă pacientului un fel de scurtătură către „cunoaştere". Pericolele în acest caz sunt ca insight-ul să fie intelectualizat, înţelegerea să fie aşezată pe o bază falsă, iar terapeutul să apară atotştiutor, aşa cum nimeni nu poate pretinde a fi. Nu există scurtături pentru a realiza experienţa psihanalitică. Nu există nicio altă cale pentru ea, cu excepţia răbdării, terapeutul menţinându-se prudent în atitudinea de a nu şti – însoţită de sentimentul de a începe să înţeleagă.

Când pacientul este pregătit să recunoască implicaţiile inconştiente ale celor comunicate sau trăite în şedinţă, terapeutul poate începe să atragă atenţia pacientului asupra dovezilor care indică posibile înţelesuri inconştiente. Acesta este motivul pentru care eu prefer să folosesc termeni ca „poate că „sau „probabil" pe care-i consider ca fiind limbajul firesc unui spaţiu potenţial. Am sugerat şi nevoia ca terapeuţii să-şi formeze arta de a descoperi jumătatea de pas către insight. Acest lucru nu anulează alte opţiuni ale pacientului şi îi lasă acestuia spaţiu lăuntric de joc cu comentariile tentative ale terapeutului.

Ulterior, acestea pot fi modificate, adăugite sau eliminate – de către pacient sau de către terapeut. În loc *să i* se *ojere* pacientului *insight*, acesta poate *să de descoperit* de către pacient împreună cu terapeutul. Atunci, interpretarea nu devine un impediment.

Desigur, există multe ocazii în care terapeutul trebuie să fie mai degrabă sigur decât ezitant, – când poate da o interpretare convingătoare pe baza lucrului deja efectuat cu pacientul sau când întâlneşte o rezistenţă inconştientă clară din partea pacientului. Însă, această certitudine a interpretării, dacă se vrea să fie personală pentru pacient (şi nu un răspuns-clişeu), trebuie să decurgă din indiciile date de pacient şi nu din familiaritatea terapeutului cu teoria psihanalitică. Momentul cel mai clar când e nevoie de o înţelegere fermă este aceea în care pacientul se simte în criză şi are nevoie de conţinere.

Un pacient în zbucium este ca un vin în fermentare. Există viaţă în acel zbucium, viaţă care trebuie conţinută pentru ca conţinătorul să poată răspunde la presiunile dezvoltaţionale. Fiecare pacient caută inconştient terapeutul care poate fi în contact cu această dezvoltare, care să fie sensibil la ea, să poată fi ferm, fără a fi rigid, insight-ul împrumutat de la alţii nu va servi niciodată acestei funcţii. Ceea ce se cere, însă terapeutul

nu poate întotdeauna să asigure, este acel *insight* descoperit cu acest pacient în această şedinţă a acestei terapii.

Nimeni nu poate *face* ca altă persoană să evolueze. Dezvoltarea poate fi doar inhibată sau intensificată. Prin urmare, terapeuţii trebuie să înţeleagă procesul dezvoltării şi dinamică a ceea ce inhibă acest proces. Identificarea de încercare va expune deseori momentele când un terapeut blochează experienţa pacientului, precum şi şansa unei noi dezvoltări. Deseori, această blocare este provocată de un terapeut care îşi impune interpretarea prematur, implicit direcţionând pacientul să urmeze liniile anticipate de regresie sau transfer etc., aşa cum s-a descris pe larg în literatura de specialitate.

Terapeuţii şi analiştii au deseori tentaţia, provenită din cunoştinţele de teorie psihanalitică însuşite, de a se erija în creierul conducător al procesului analitic, în loc să îl urmeze. Ca şi în cazul bebeluşilor, procesul dezvoltării analitice îşi are propriul avânt. Bebeluşii, a căror creştere naturală nu a fost perturbată, se înţarcă, de obicei, singuri şi învaţă singuri să se păstreze curaţi, *atunci când sunt pregătiţi*. La fel, şi pacienţii vor opune rezistenţă aplicării premature a cunoştinţelor teoretice şi a ideilor preconcepute în ceea ce-i priveşte, pentru a se reinstaura

necesară „perioadă de ezitare” (Winnicott, 1958, p. 53). Fără spaţiul creat de această ezitare, nu există loc pentru descoperirea sau jocul analitic. Dacă însă se asigură acest spaţiu fiecărui tratament terapeutic şi fiecărei analize, teoria poate fi redescoperită şi înnoită.

Am descris situaţiile clinice aşa cum le-am găsit. Am redat modul cum le-am înţeles eu, fără a pretinde că este singura modalitate posibilă. Exemplele clinice ample au fost înregistrate, pe cât posibil, aşa cum s-au întâmplat ele. Le-am oferit pentru a învăţa din ele şi pentru a preda pe baza lor, în niciun caz nu au menirea de a servi ca model pentru alţii. Cititorul va constata că deseori nu am reuşit să-mi aplic propriile mele idei referitoare la tehnică. Asta deoarece consideraţiile mele asupra tehnicii au fost influenţate de reflecţiile mele asupra multor lucruri pe care aş fi dorit să le fi făcut altfel. De asemenea, este mai uşor să fii înţelept după eveniment decât atunci când te afli în imediateţea şedinţei însăşi.

Multor probleme nu am reuşit să le răspund, – însă faptul că am recunoscut câteva dintre ele este totuşi un început.

Eu sunt o parte din tot ce mi-a ieşit în cale, – Şi totuşi toată experien (a este o boltă deasupra

Unde străluceşte lumea cea necutreierată, ale cărei margini se şterg

Pentru totdeauna şi pentru totdeauna când mă mişc.

(Tennyson, *Ulise*, 1842)

1. T. S. Eliot, *Pome*, trad. De A. Covaci, Bucureşti, Ed. Albatros, 1970, p. 181.

2. *He*al-*sipht*, în engleză, în original, echivalarea prin „cunoaştere cognitivă" este aproximativă. Expresia are în context sensul literal de „vedere cu capul" (i.e., cunoaştere intelectuală), în contrast cu „insight", „vedere (cunoaştere) lăuntrică" atât cu capul, cât şi cu inima. [N. Ed.]

NOTĂ ASUPRA TIPULUI DE LITERĂ

Această carte a fost culeasă cu Weiss I I/IO pt. Şi tipărită pe hârtie neacidă.

Acest tipar imprimat cu cerneală a fost proiectat între 1926 – 1931 de Rudolf Weiss (1875 – 1943) pentru topitoria de litere Bauer din Germania. Weiss a fost poet, pictor, scriitor inspirat de tema proiectelor de carte, ca şi proiectant acel puţin patru tipuri de literă. A tehnoredactat sute de cărţi, multe dintre ele pentru principalii editori germani ai timpului. Cartea sa. *Trei*

luni în Spania: *Desene* ji *însemnări ale unui pictor*, este considerată ca o lucrare clasică în domeniul proiectelor de carte şi ca un exemplu remarcabil de artă a cărţii. Se spune că în calitatea sa de caligraf era greu de egalat, iar paginile sale de titlu cu gravuri, realizate pentru un număr limitat de ediţii, sunt considerate ca exemple supreme ale artei cărţii.

Weiss este un tip de literă de stil vechi, cu italice bazate pe stilul de scriere din arhiva italiană. Este un tipar elegant, cu totul adecvat aranjării textului.

Colecţia *fautasmă* publică lucrări de proză, poezie şi eseistică în limbile română şi engleză

Au apărut:

R. Cesereanu, *Schizoid Ocean*/*Oceanul schizoidian* B. F. Sanderson, *Kingdom of the Freshiy Moiirned* A. Wheelis, *Doctorul de dorinţe* în curs de apariţie:

N. Ivanciu, *Infernul intim* T. Moser, *Ani de ucenicie pe canapea* D. Pavel (Ed.), *Şaselsix* în pregătire:

W. R. Bion, *Jurnal din viitor* N. Breban, *Sick Animals* M. L. Ricketts, *Mircea Eliade. Rădăcinile româneşti, 1907 – 1945* (voi l-11)

J. Rossner, *August* D. M. ’l homas. *Hotelul alb*

REVISTA DE SPECIALITATE

Începând cu voi. 14, nr. 2, *est* publică, în limba engleză, revista de specialitate, *Melanie Klein and Obiect Relations*.